

RELATÓRIO FINAL

Diagnóstico sobre a monitorização do VIH em Portugal

Projeto HIVision



Scoping
Review



Entrevistas



Workshop



Priorização



Mapa de
Indicadores



Scoping
Review



Entrevistas



Workshop



Priorização



Mapa de
Indicadores

Ficha Técnica

Relatório final

HIVision - Diagnóstico sobre a monitorização do VIH em Portugal

Junho de 2026

Coordenação

Teresa Magalhães
Ricardo Mestre

Investigadores

João Pedro Vieira
Rita Tomaz

Entidade responsável

Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade
NOVA de Lisboa

Com apoio de

Gilead Sciences

Entidades

Parceiras e peritos consultados*

- Direção-Geral da Saúde
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
- ULS São João
- ULS Coimbra
- ULS São José
- ULS Amadora/Sintra
- Hospital de Cascais
- GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos
- Margarida Tavares, perita externa
- Kamal Mansinho, perito externo

Participantes nas fases participativas*

- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências
- Associação Nacional das Farmácias
- Associação de Farmácias de Portugal
- Câmara Municipal de Cascais
- Câmara Municipal de Loures
- Câmara Municipal de Oeiras
- Câmara Municipal do Porto
- Existências
- Abraço

** A participação ou contacto das instituições, entidades e peritos ocorreu no âmbito das fases de auscultação, discussão e/ou priorização do projeto. Conforme referido no relatório, a análise, interpretação e conclusões são da exclusiva responsabilidade da equipa de investigação e não vinculam os participantes nem as entidades que representam.*



Índice

Siglas	05
Sumário Executivo	07
1. Introdução	09
2. Enquadramento Teórico	23
3. Modelo Conceptual do Projeto	29
4. Principais Resultados	39
5. Mensagens-chave	55
6. <i>Call to Action</i>	58
7. Referências	75
Anexos	76



Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 - Fases do Projeto	15
Tabela 2 - Percurso Metodológico	17
Tabela 3 - Utilidade esperada da informação por níveis de decisão	32
Tabela 4 - Número de indicadores por eixo e dimensão da matriz global	38
Tabela 5 - Avaliação ECDC dos objetivos dos sistemas de vigilância face ao contexto atual do VIH	41
Tabela 6 - Perfil institucional dos participantes nas entrevistas	42
Tabela 7 - Perfil institucional dos participantes no workshop	45
Tabela 8 - Perfil institucional dos respondentes válidos na ronda Delphi	47
Tabela 9 - Propostas com consenso formal na ronda de priorização	48
Tabela 10 - Matriz de indicadores selecionados	51
Tabela 11 - Propostas associadas e primeiros passos para a Prioridade 1	61
Tabela 12 - Propostas associadas e primeiros passos para a Prioridade 2	63
Tabela 13 - Propostas associadas e primeiros passos para a Prioridade 3	65
Tabela 14 - Propostas associadas e primeiros passos para a Prioridade 4	67
Tabela 15 - Propostas associadas e primeiros passos para a Prioridade 5	69
Tabela 16 - Propostas associadas e primeiros passos para a Prioridade 6	71
Tabela 17 - Níveis de ação	72
Tabela 18 - Horizontes temporais de implementação	72
Tabela 19 - Próximos Passos	73
Figura 1 - Continuum da resposta ao VIH	09
Figura 2 - Metas internacionais 95-95-95	10
Figura 3 - Alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	10
Figura 4 - Metas internacionais 95-95-95 como cascata de monitorização	27
Figura 5 - Modelo conceptual centrado na pessoa	29
Figura 6 - Estrutura da matriz de indicadores HIVision	37
Figura 7 - Temas principais identificados nas entrevistas	43
Figura 8 - Temas das cinco mesas temáticas do workshop	46



Siglas

DGS	Direção-Geral da Saúde
ECDC	Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças
EEE	Espaço Económico Europeu
EEDS	Espaço Europeu de Dados de Saúde
ENSP-NOVA	Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NSP	Programa de troca/distribuição de agulhas e seringas
OBC	Organização de Base Comunitária
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
PPE	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição



Siglas

PVVIH	Pessoas que vivem com VIH
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SI.VIDA	Sistema de informação que permitia a monitorização e acompanhamento de utentes com VIH/SIDA
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TARV	Tratamento antirretrovírico
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana



Sumário Executivo

O projeto HIVision - Diagnóstico sobre a Monitorização do VIH em Portugal parte de uma questão central: compreender como é produzida, integrada e utilizada a informação sobre o VIH e de que forma esta pode apoiar uma resposta de futuro que seja cada vez mais eficaz, equitativa e orientada para resultados.

Assente numa abordagem científica, académica e colaborativa, o HIVision reúne parceiros institucionais, clínicos e comunitários. O seu objetivo é produzir conhecimento rigoroso e útil para a ação, contribuindo para uma monitorização do VIH mais integrada e orientada para a decisão.

O diagnóstico evidencia que Portugal dispõe de dados relevantes, capacidade técnica, experiência clínica e um forte envolvimento comunitário. Estes ativos constituem uma base sólida para reforçar a monitorização do VIH. Contudo, a sua dispersão por múltiplos sistemas, níveis de intervenção e contextos de utilização continua a dificultar uma visão integrada da resposta ao VIH.

A existência de dados, por si só, não garante a produção de informação útil para a ação. A oportunidade está em reforçar a capacidade de integrar, validar, analisar e utilizar a informação de forma coordenada, potenciando o seu valor para profissionais, serviços, comunidades e decisores. Num contexto em que o objetivo é a eliminação do VIH enquanto problema de saúde pública, a monitorização necessita de evoluir para além da vigilância epidemiológica dos novos diagnósticos. Torna-se essencial acompanhar o percurso da pessoa ao longo de todo o *continuum* de cuidados, da prevenção à qualidade de vida.

O principal desafio consiste em transformar os dados disponíveis em conhecimento útil para apoiar a decisão clínica, organizacional, comunitária e política. O modelo conceptual desenvolvido no âmbito do HIVision responde a este desafio através de uma abordagem integrada e longitudinal, centrada na pessoa e sustentada em seis princípios: centralidade na pessoa, envolvimento comunitário, continuidade de cuidados, utilidade para a decisão, completude progressiva e integração da informação. A monitorização estrutura-se em quatro eixos - prevenção e redução de danos, testagem e diagnóstico, tratamento e cuidados, seguimento e monitorização - articulados com as dimensões de acesso, resultados e qualidade.

A análise comparada internacional mostra que os sistemas mais robustos não dependem de uma única solução tecnológica, mas da capacidade de integrar fontes de informação, assegurar seguimento longitudinal e disponibilizar conhecimento útil para diferentes níveis de decisão. É nesta capacidade de integração e utilização da informação que reside a força dos modelos mais avançados.

Neste enquadramento, o HIVision identifica áreas prioritárias de desenvolvimento: reforçar a integração da informação, melhorar a qualidade e interoperabilidade dos dados, consolidar mecanismos de governação e coordenação e fortalecer a capacidade de acompanhar o percurso das pessoas ao longo do *continuum* de cuidados. Destaca-se igualmente a importância da prevenção, da testagem e da intervenção comunitária para uma compreensão mais completa da resposta ao VIH.



Sumário Executivo

Para apoiar esta evolução, o projeto propõe seis prioridades estratégicas: reforçar a governação da informação; desenvolver uma arquitetura interoperável de sistemas e dados; implementar uma monitorização longitudinal centrada na pessoa; integrar dados comunitários para promover equidade e orientar a resposta; consolidar uma matriz nacional de indicadores; e assegurar a disponibilização de informação útil para a decisão. Em conjunto, estas prioridades promovem uma maior convergência entre sistemas, instituições e níveis de intervenção.

A concretização destas prioridades exige um percurso operacional progressivo, assente na valorização das capacidades existentes, na definição de um núcleo principal de indicadores, no mapeamento de fontes e fluxos de dados, no desenvolvimento de soluções-piloto e na produção de informação orientada para a ação. Trata-se de um processo evolutivo, baseado em aprendizagem, melhoria contínua e sustentabilidade.

Em síntese, o HIVision demonstra que Portugal reúne condições sólidas para reforçar qualitativamente a monitorização do VIH. O desafio não é criar capacidade de raiz, mas potenciar, articular e mobilizar recursos, competências e conhecimento já existentes, transformando-os numa infraestrutura comum de informação e monitorização ao serviço das pessoas, das comunidades e da saúde pública. Este percurso constitui uma oportunidade para fortalecer a capacidade de decisão, reduzir desigualdades e consolidar uma resposta cada vez mais integrada, eficaz, equitativa e centrada na pessoa.

Agradecemos de forma especial aos peritos e a todas as instituições que contribuíram para a concretização deste trabalho, partilhando conhecimento, experiência e compromisso com a melhoria contínua da resposta ao VIH em Portugal.

Teresa Magalhães e Ricardo Mestre

Equipa Gestora do Projeto HIVision

Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade NOVA de Lisboa



1. Introdução

1.1. Enquadramento

A resposta à infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) foi alvo de progressos significativos nas últimas décadas, impulsionados pela eficácia da terapêutica antirretrovírica, pela diversificação das estratégias de prevenção e pela definição de metas internacionais orientadas para a eliminação do VIH/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) como ameaça de saúde pública.

Estes avanços alteraram profundamente o modo como a epidemia deve ser acompanhada: para além da notificação de novos diagnósticos, tornou-se necessário compreender o percurso das pessoas ao longo das diferentes etapas da resposta de saúde. A monitorização do VIH deve, por isso, permitir acompanhar o acesso a estratégias de prevenção, testagem, diagnóstico precoce, ligação aos cuidados, tratamento, supressão virológica e todo o seguimento e monitorização clínica. Além disso, a informação produzida deve apoiar, para além da vigilância epidemiológica tradicional, a decisão clínica, a gestão dos serviços e o planeamento em saúde.

Continuum da resposta ao VIH

Do primeiro contacto à qualidade de vida, incluindo transições, interrupções e reentrada nos cuidados.



Figura 1 - Continuum da resposta ao VIH.

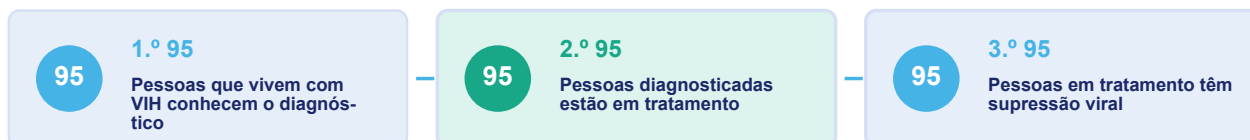


1. Introdução

O enquadramento internacional atual é marcado pelas metas 95-95-95 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), que define que, até 2030, 95% das pessoas que vivem com VIH devem conhecer o seu diagnóstico, 95% das pessoas diagnosticadas devem estar em tratamento antirretrovírico e 95% das pessoas em tratamento devem apresentar supressão virológica (1). Estas metas sintetizam a lógica da cascata de cuidados e constituem um referencial central para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde nesta área. Articulam-se, ainda, com o compromisso assumido no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em particular o ODS 3.3, que inclui a meta de acabar com a epidemia de SIDA como ameaça de saúde pública até 2030 (2).

Metas internacionais 95-95-95

Uma cascata de monitorização: diagnóstico, tratamento e supressão viral.



Referencial ONUSIDA para acompanhar progresso e identificar perdas ao longo da resposta.

Figura 2 - Metas internacionais 95-95-95.



Alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

O ODS 3.3 enquadra a meta de acabar com a epidemia de SIDA como ameaça de saúde pública até 2030. No HIVision, este enquadramento reforça a necessidade de monitorização longitudinal, integrada e orientada para decisão.

Fonte visual: Nações Unidas, materiais dos ODS.

Figura 3 - Alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.



1. Introdução

Em Portugal, os progressos alcançados nas últimas décadas são expressivos. A infeção por VIH transformou-se, para muitas pessoas, numa condição crónica, e a resposta nacional incorporou instrumentos de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, que alteraram profundamente o curso clínico e epidemiológico da infeção. Contudo, a persistência de novos diagnósticos, a proporção elevada de diagnósticos tardios, as desigualdades no acesso atempado a tratamentos e a dificuldade em acompanhar longitudinalmente o *continuum* de cuidados demonstram que o objetivo de eliminar o VIH como problema de saúde pública exige sistemas de informação capazes de produzir mais informação e mais conhecimento orientado para a ação.

Segundo o relatório Infeção por VIH em Portugal - 2025 (3), foram notificados 997 novos casos de infeção por VIH com diagnóstico em 2024, dos quais 951 tiveram diagnóstico em Portugal. Entre 2015 e 2024 verificou-se uma redução de 35% no número de novos casos de infeção por VIH e de 43% nos novos casos de SIDA. No final de 2023, estimava-se que vivessem em Portugal 49 699 pessoas com infeção por VIH, das quais 94,2% conheciam o seu diagnóstico. Entre as 36 184 pessoas diagnosticadas com VIH reportados por 26 unidades hospitalares, 97,8% estavam em tratamento e, destes, 95,9% apresentavam supressão virológica. Estes indicadores revelam uma resposta nacional com resultados relevantes, mas também tornam visível a fragilidade da arquitetura da informação que sustenta a monitorização, incapaz de avaliar integralmente a totalidade dos cuidados prestados. Além disso, o diagnóstico tardio representa ainda 53,9% dos novos casos e sobe para 65,4% nas pessoas com idade igual ou superior a 50 anos.

A vigilância epidemiológica baseada na notificação de novos diagnósticos continua a ser indispensável para a caracterização epidemiológica, mas uma resposta orientada para a eliminação requer um modelo mais amplo de informação, que permita monitorizar todo o percurso da pessoa.

Em Portugal, esta monitorização assenta num ecossistema de informação historicamente composto por diferentes sistemas, fontes e circuitos de recolha de informação. Entre estes, destacam-se:

- SI.VIDA - sistema de informação concebido para a monitorização e acompanhamento das pessoas com VIH/SIDA;



1. Introdução

- SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, destinado à notificação e vigilância das doenças transmissíveis de declaração obrigatória; e
- Sistemas clínicos utilizados nos serviços de saúde, como o SClínico - sistema de informação clínica desenvolvido para apoiar o registo assistencial nos cuidados de saúde hospitalares e nos cuidados de saúde primários.

O SI.VIDA foi concebido como um sistema de informação específico para apoiar a monitorização e o acompanhamento das pessoas com VIH/SIDA, respondendo a necessidades de seguimento clínico, organização da informação e continuidade assistencial nesta área. Sem prejuízo das suas limitações e descontinuidade, por motivos técnicos de natureza informática, a experiência do SI.VIDA evidencia a importância de dispor de informação estruturada sobre o percurso das pessoas que vivem com VIH, incluindo dimensões como tratamento, supressão virológica e seguimento clínico.

O SINAVE constitui o sistema nacional de suporte à notificação e vigilância das doenças transmissíveis de declaração obrigatória. No contexto do VIH, é uma fonte essencial para a notificação de novos diagnósticos, caracterização epidemiológica, análise de tendências, identificação de padrões de transmissão e produção de informação para reporte nacional e internacional. Contudo, pela sua natureza e finalidade, o SINAVE encontra-se sobretudo orientado para a vigilância epidemiológica e para o evento de notificação, não permitindo, por si só, acompanhar de forma completa o percurso longitudinal das pessoas ao longo do *continuum* de cuidados dedicados ao VIH, nem integrar informação clínica estruturada sobre outras patologias de relevo para esta população.

A estes sistemas juntam-se os sistemas clínicos utilizados nos serviços de saúde, como o SClínico, bem como registos laboratoriais, farmacêuticos, administrativos e comunitários.

Persistem ainda instrumentos locais de recolha de informação, frequentemente baseados em formulários, ficheiros *Excel* ou soluções desenvolvidas pelos próprios serviços para responder a necessidades operacionais concretas.



1. Introdução

Apesar da existência destes múltiplos processos, a informação permanece dispersa, com níveis limitados de interoperabilidade, integração e retorno aos profissionais e às diversas instituições. Esta fragmentação dificulta a construção de uma visão longitudinal do percurso da pessoa, limitando a capacidade de monitorizar a ligação aos cuidados, o início do tratamento e todo o seguimento clínico correspondente.

Assim, o desafio central é, para além de reforçar a recolha de dados, construir uma arquitetura de informação capaz de integrar, analisar e devolver informação útil para a decisão clínica, organizacional, comunitária, programática e política - não através de uma solução vertical, isolada, ou paralela aos sistemas existentes, mas de forma integrada, interoperável e centrada na pessoa, permitindo acompanhar a infeção VIH e todas as restantes patologias e eventos clínicos relevantes para esta população. Só desta forma será possível acompanhar o percurso das pessoas, identificar oportunidades perdidas, reduzir desigualdades e melhorar a resposta nacional à infeção por VIH.

1.2. O Projeto HIVision

O projeto HIVision - Diagnóstico sobre a monitorização do VIH em Portugal nasce da necessidade de compreender, de forma sistemática, como é atualmente produzida, integrada e utilizada a informação sobre VIH em Portugal.

O HIVision foi desenvolvido com total autonomia científica pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP-NOVA), contando com o apoio de diversas entidades do setor da saúde e o patrocínio da Gilead Sciences, com o duplo objetivo de desenvolver um diagnóstico de situação sobre os dados e sistemas de informação relacionados com a monitorização da infeção por VIH em Portugal, e de identificar estratégias para a criação de um sistema de informação capaz de acompanhar as políticas públicas nesta área.

O projeto desenvolveu-se em diversas fases e foi concebido como um processo participativo e partilhado de produção de conhecimento orientado para a decisão. Em termos operacionais, e para além de descrever o estado atual da monitorização do VIH em Portugal, visou identificar condições concretas para a sua melhoria, mobilizando evidência científica, experiência técnica e institucional, conhecimento operacional e contributos da sociedade civil.



1. Introdução

Desta forma, o projeto pretende contribuir para uma agenda nacional de melhoria da monitorização do VIH em Portugal, capaz de apoiar a definição da estratégia de combate ao VIH e de contribuir para posicionar Portugal na liderança da eliminação da infeção como problema de saúde pública até 2030.

1.3. Finalidade e Objetivos do projeto

Finalidade

O projeto HIVision pretende contribuir para o desenho de um modelo ótimo de informação para o acompanhamento e a tomada de decisão na resposta à infeção por VIH em Portugal, alinhado com as melhores práticas internacionais e com as metas de saúde pública assumidas a nível internacional.

Objetivo geral

O objetivo geral do projeto HIVision é contribuir para a identificação de estratégias que promovam a melhoria contínua da resposta à infeção por VIH em Portugal, através da integração da informação disponível, do reforço da capacidade de monitorização e da definição de prioridades de intervenção orientadas para a tomada de decisão.

Objetivos específicos

O projeto foi desenvolvido com os seguintes objetivos específicos:

1

Avaliar o estado da arte relativo à recolha de dados sobre a infeção por VIH em Portugal.

2

Identificar e caracterizar as fontes de informação atualmente existentes sobre VIH em Portugal.

3

Rever as melhores práticas internacionais em matéria de sistemas de informação e indicadores, através de *benchmarking* com modelos europeus de monitorização, identificando elementos potencialmente transferíveis para o contexto português.

4

Avaliar criticamente lacunas, barreiras e necessidades não satisfeitas na recolha, integração e utilização dos dados.



1. Introdução

5

Mapear estratégias-chave para a melhoria de um sistema de informação capaz de monitorizar a implementação das políticas públicas de combate ao VIH.

6

Envolver peritos e *stakeholders* nacionais no diagnóstico e na criação, discussão, validação e priorização de propostas.

7

Definir propostas estratégicas e prioridades de intervenção, orientadas para melhorar a acessibilidade, a integração e a utilização da informação.

8

Promover uma *Call to Action* nacional sobre os dados em VIH.

1.4. Fases do projeto

Tabela 1 - Fases do Projeto

1

Diagnóstico inicial

O HIVision foi concebido como um projeto faseado, em que a primeira fase correspondeu ao enquadramento, revisão e diagnóstico preliminar, incluindo a análise inicial de literatura científica e cinzenta, nomeadamente relatórios nacionais e internacionais, documentos estratégicos e referenciais relevantes sobre monitorização do VIH. Esta fase incluiu o mapeamento preliminar dos sistemas de informação nacionais, reuniões exploratórias com entidades-chave e a identificação de *stakeholders* institucionais, comunitários e peritos independentes. Incluiu também a realização de um *benchmarking* internacional, através de *scoping review*.

2

Preparação

A segunda fase consistiu na preparação dos instrumentos e contactos iniciais, com elaboração de documentos de apresentação do projeto, cartas-convite, guiões de entrevista e documentos de consentimento informado. Esta etapa permitiu operacionalizar a auscultação de parceiros-chave e assegurar o enquadramento ético e metodológico da recolha de dados.

3

Recolha de dados

A terceira fase correspondeu à recolha de dados qualitativos, através de entrevistas semiestruturadas a peritos e *stakeholders*. Estas entrevistas procuraram compreender as práticas, necessidades e perceções dos diferentes atores relativamente à recolha, gestão, integração, qualidade e utilização dos dados sobre VIH, bem como identificar propostas relevantes de melhoria para a monitorização nacional.

4

Análise integrada

A quarta fase centrou-se na análise da informação recolhida, integrando os resultados da revisão documental, do diagnóstico preliminar, do *benchmarking* internacional e das entrevistas. Esta etapa permitiu identificar padrões, lacunas, barreiras, oportunidades e propostas emergentes, constituindo a base para a construção do diagnóstico nacional e para a preparação dos momentos participativos subsequentes.



1. Introdução

5

Co-construção

A quinta fase correspondeu à discussão e formulação de propostas, através da organização de um *workshop* participativo com *stakeholders*. Este momento teve como finalidade discutir os principais problemas identificados, validar lacunas prioritárias, refletir sobre estratégias de intervenção e transformar os contributos dos participantes em propostas concretas de melhoria.

6

Priorização e disseminação

A sexta fase correspondeu à sistematização, priorização e disseminação, incluindo a organização das propostas de intervenção, a realização de uma ronda de priorização Delphi modificada, o cruzamento das ações do *workshop* com os principais referenciais internacionais de indicadores, a definição de prioridades e a elaboração do relatório final, que será sucedida da apresentação pública dos resultados. Esta fase pretendeu traduzir o diagnóstico realizado em recomendações estratégicas e operacionais, contribuindo para uma agenda nacional de melhoria da monitorização do VIH.

O presente relatório corresponde ao produto final do projeto HIVision e integra os principais elementos produzidos ao longo das suas diferentes fases.

1.5. Metodologia do projeto

A metodologia do projeto foi desenhada para produzir um diagnóstico sobre a monitorização da infeção por VIH em Portugal e, simultaneamente, gerar propostas de intervenção com relevância prática para os diferentes níveis da resposta nacional. Tratou-se de uma abordagem faseada, que procurou assegurar a triangulação entre evidência documental, conhecimento técnico-científico, experiência operacional dos serviços e contributos de *stakeholders*.

A revisão documental e as reuniões exploratórias permitiram construir um diagnóstico preliminar do estado da monitorização do VIH em Portugal; as entrevistas aprofundaram e validaram esse diagnóstico junto de *stakeholders*; a análise temática e a *gap analysis* organizaram os principais problemas em temas estruturantes; o *workshop* transformou esses problemas em propostas de intervenção; e a priorização Delphi permitiu identificar uma agenda de intervenção com base em critérios estruturados e consenso entre parceiros.

Desenho geral

O projeto foi desenvolvido como uma investigação descritiva e exploratória, com abordagem documental e qualitativa.



1. Introdução

A metodologia global foi organizada em etapas sucessivas e interligadas, de acordo com o já explanado. Esta estrutura permitiu que cada fase informasse a seguinte, garantindo uma lógica progressiva entre diagnóstico preliminar, modelo conceptual teórico, identificação de problemas, formulação de propostas e priorização final.

O percurso metodológico do projeto pode ser representado da seguinte forma:

Tabela 2 - Percurso Metodológico

Etapa	Finalidade principal
Revisão documental e mapeamento de indicadores	Identificar fontes de dados, sistemas de informação, indicadores e referenciais relevantes
Diagnóstico preliminar	Produzir uma primeira leitura crítica sobre os sistemas de informação nacionais, fontes disponíveis, limitações operacionais e gaps iniciais
Desenho conceptual	Organizar a monitorização em eixos e dimensões, que podem ser desagregados em categorias e subcategorias, sempre que aplicável
Scoping review e benchmarking internacional	Identificar modelos internacionais e boas práticas transferíveis
Entrevistas e diagnóstico nacional	Aprofundar, validar e complementar as lacunas, barreiras e necessidades percecionadas pelos <i>stakeholders</i>
Workshop participativo	Discutir problemas prioritários e formular propostas de intervenção
Priorização	Hierarquizar propostas segundo prioridade de implementação e grau de consenso
Seleção de indicadores	Cruzamento das propostas com a matriz de indicadores
Relatório final e call to action	Integrar resultados e formular recomendações estratégicas



1. Introdução

Fontes de informação

Foram utilizadas fontes de informação de natureza diversa, procurando combinar evidência científica, documentos técnicos, relatórios institucionais e conhecimento dos atores envolvidos na resposta ao VIH.

As principais fontes incluíram:

- relatórios nacionais sobre infeção por VIH, nomeadamente os relatórios da Direção-Geral da Saúde (DGS)/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA);
- documentos técnicos e relatórios internacionais da ONUSIDA, Organização Mundial da Saúde (OMS) e Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC)/Gabinete Regional da OMS para a Europa (OMS Europa) sobre sistemas de vigilância, monitorização e indicadores;
- literatura científica identificada através da *scoping review*;
- informação recolhida em reuniões exploratórias e entrevistas semiestruturadas;
- contributos produzidos no *workshop* participativo;
- resultados da ronda de priorização Delphi.

Revisão documental e mapeamento de indicadores

A revisão documental teve como objetivo caracterizar o estado da arte da monitorização da infeção por VIH em Portugal e identificar referenciais nacionais e internacionais relevantes para a construção da base de indicadores.

Foram analisados relatórios de organismos nacionais e internacionais, incluindo DGS/INSA, ECDC/OMS Europa, OMS e ONUSIDA. Esta análise permitiu identificar as principais fontes formais de informação e proceder ao levantamento de indicadores utilizados em diferentes dimensões da resposta ao VIH. O levantamento de indicadores realizado nesta etapa serviu de seleção e cruzamento com as propostas do *workshop*, desenvolvido em fases posteriores.



1. Introdução

Desenho do modelo conceptual do projeto

O desenho do modelo conceptual foi desenvolvido em paralelo com a revisão documental, a consolidação de indicadores e o diagnóstico preliminar. Partiu da abordagem da OMS à informação em VIH centrada na pessoa e foi adaptado ao contexto português e aos objetivos do projeto.

Este modelo serviu como estrutura analítica para as fases seguintes do projeto. Foi utilizado para organizar os indicadores identificados, orientar a leitura dos resultados das entrevistas, estruturar a *gap analysis* e desenhar as mesas temáticas do *workshop*. Nesse sentido, foi tratado como uma estrutura evolutiva, ajustada progressivamente à informação recolhida ao longo do projeto.

Diagnóstico preliminar

Antes da realização da análise qualitativa consolidada, foi desenvolvido um diagnóstico preliminar sobre o estado da monitorização da infeção por VIH em Portugal. Esta etapa teve como objetivo obter uma primeira leitura crítica sobre os sistemas de informação existentes, as fontes de dados disponíveis, a qualidade da informação produzida e as principais limitações operacionais percecionadas pelos atores institucionais envolvidos na monitorização nacional.

O diagnóstico preliminar foi construído a partir da revisão documental e de reuniões exploratórias com entidades centrais envolvidas na produção, análise e utilização de dados sobre VIH, nomeadamente a Direção-Geral da Saúde, através do Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e VIH e da Direção de Serviços de Informação e Análise, e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Esta fase teve ainda em conta o conhecimento prévio das práticas das Unidades Locais de Saúde (ULS) ao nível local, designadamente no que respeita à organização da resposta, monitorização e acompanhamento das pessoas que vivem com VIH.

Este diagnóstico preliminar permitiu caracterizar o ponto de partida do projeto e orientar a construção dos instrumentos de recolha de dados posteriores. Em particular, contribuiu para definir as áreas a explorar nas entrevistas e estruturar a análise de gaps. Esta etapa assegurou que as fases seguintes do projeto não partiam apenas de referenciais teóricos ou documentais, mas também de uma compreensão inicial das dificuldades concretas sentidas pelos atores envolvidos nesta área, em Portugal.



1. Introdução

Scoping review e benchmarking internacional

A componente internacional combinou uma *scoping review* com *benchmarking* de modelos europeus de monitorização da infeção por VIH. O objetivo foi mapear estratégias de registo, utilização de dados e monitorização da infeção por VIH na Europa, bem como comparar práticas e modelos de países considerados relevantes para o contexto português.

A *scoping review* foi efetuada de acordo com protocolo definido pela equipa de investigadores. A pesquisa incluiu bases de dados científicas e fontes de literatura cinzenta e a evidência recolhida incluiu publicações científicas, relatórios de organismos multilaterais e diretrizes técnicas.

O *benchmarking* permitiu caracterizar diferentes modelos internacionais e sistemas com diferentes níveis de integração, longitudinalidade e interoperabilidade.

Entrevistas e diagnóstico nacional

A componente qualitativa assentou na realização de entrevistas semiestruturadas a *stakeholders*-chave da resposta nacional ao VIH. As entrevistas foram desenhadas a partir dos resultados do diagnóstico preliminar, permitindo aprofundar as limitações inicialmente identificadas e explorar a sua expressão nos diferentes níveis da resposta nacional. Os participantes incluíram representantes de organismos centrais do Ministério da Saúde, Unidades Locais de Saúde e hospitais, organizações não governamentais e de base comunitária e peritos independentes.

O protocolo previa entrevistas com duração aproximada de 30 minutos, realizadas remotamente, de acordo com guião pré-estabelecido. As entrevistas foram transcritas e analisadas qualitativamente, procurando identificar padrões, lacunas, barreiras e propostas emergentes. A análise foi triangulada com a revisão documental e o diagnóstico preliminar.



1. Introdução

Workshop de discussão e formulação de propostas

Após o diagnóstico inicial, foi realizado um *workshop* participativo de policy-design, orientado para a discussão dos problemas identificados e para a formulação de propostas de intervenção. O objetivo geral do *workshop* foi co-construir propostas para reforçar a monitorização do VIH em Portugal, validando problemas e gaps e construindo soluções para o curto, médio e longo prazo. Com a metodologia adotada, procurou garantir-se diversidade de perspetivas e criar legitimidade institucional e operacional para as recomendações finais.

A agenda do *workshop* incluiu a apresentação do projeto e dos resultados preliminares, mesas redondas temáticas e discussão em plenário das propostas iniciais.

O *workshop* foi organizado em cinco mesas temáticas: Acesso; Prevenção e testagem; Tratamento e seguimento; Qualidade; e Governação do sistema.

A definição das mesas temáticas resultou do diagnóstico nacional e *gap analysis* que teve em conta as entrevistas realizadas, procurando traduzir os principais problemas identificados em áreas de discussão orientadas para propostas.

A discussão em cada mesa foi orientada por um guião específico com objetivos, pontos críticos, resultado esperado, perguntas iniciais e prompts para discussão. A metodologia de trabalho incluiu formulação individual de ideias, partilha e discussão em grupo e conversão em cartões de proposta, com elementos uniformizados, previamente definidos.

Priorização das propostas

As propostas resultantes do *workshop* foram posteriormente priorizadas através de uma ronda Delphi modificada, realizada por formulário eletrónico. Os participantes classificaram 11 propostas numa escala de 1 a 5, considerando as dimensões: impacto esperado, exequibilidade, abrangência e prioridade de implementação.

A análise final centrou-se na prioridade de implementação como critério de consenso. Foi definido consenso formal quando pelo menos 80% dos participantes atribuíram classificação 4 ou 5.



1. Introdução

Seleção de indicadores

Após a sistematização e priorização das propostas resultantes do *workshop*, foi desenvolvido um exercício de cruzamento com os indicadores mapeados na fase inicial do projeto, com o objetivo de ancorar as ações identificadas nos referenciais internacionais de monitorização do VIH.

Este cruzamento permitiu produzir uma leitura estruturada e alinhada entre os principais referenciais internacionais, as ações a implementar e o que Portugal deve recolher para uma monitorização completa e comparável do VIH.

Call to Action

É o produto de síntese do projeto HIVision, construído a partir dos principais achados e das propostas priorizadas. A partir desse processo, as recomendações finais foram estruturadas em seis prioridades estratégicas e num roteiro de implementação faseado, orientado para ações de curto, médio e longo prazo.

Considerações éticas

O projeto recebeu parecer positivo da Comissão de Ética da ENSP-NOVA e contemplou procedimentos éticos adequados à sua natureza, nomeadamente: consentimento informado antes das entrevistas, do *workshop* e do painel Delphi; garantia de anonimato e confidencialidade; anonimização dos dados nos outputs; e preservação digital adequada.

Sempre que aplicável, foi ainda solicitado consentimento ou anuência institucional às entidades parceiras envolvidas, assegurando que a participação dos seus representantes decorria com conhecimento e autorização da respetiva organização, sem prejuízo da obtenção de consentimento informado individual. Os participantes foram igualmente informados de que a análise, interpretação e conclusões do projeto eram da exclusiva responsabilidade da equipa de investigação, independentemente dos contributos recolhidos ao longo do processo.

Adicionalmente, foram cumpridos os requisitos e procedimentos de prevenção e notificação de informação de segurança definidos pela Gilead, que incluíram formação certificada à equipa investigadora.



2. Enquadramento Teórico: Monitorização da Infecção por VIH

2.1. A monitorização do VIH como instrumento de saúde pública

A monitorização da infeção por VIH deve ser entendida como uma função essencial da resposta em saúde pública, não se limitando à recolha, armazenamento, ou publicação periódica de dados epidemiológicos, mas sim implicando transformar dados dispersos em informação útil, capaz de apoiar decisões clínicas, organizacionais, comunitárias, programáticas e políticas.

Neste sentido, a monitorização constitui um ciclo contínuo, que inclui a definição de indicadores, a recolha sistemática de dados, a validação da sua qualidade, a análise e interpretação da informação, a devolução dos resultados aos atores relevantes e a sua utilização para orientar intervenções (5).

No caso do VIH, esta função assume particular relevância pela natureza multifacetada da resposta de saúde exigida. A infeção por VIH envolve dimensões de prevenção, testagem, diagnóstico, tratamento, supressão viral, seguimento clínico, resultados em saúde, acesso a serviços, qualidade de vida, estigma, discriminação e desigualdades sociais (5). A sua monitorização exige, por isso, uma abordagem integrada, capaz de acompanhar não só a ocorrência de novos diagnósticos, mas também o percurso das pessoas ao longo do sistema de saúde, produzindo informação útil para a tomada de decisão (5). Esta visão implica uma mudança de paradigma, exigindo transitar de uma lógica centrada na produção retrospectiva de estatísticas para uma lógica de inteligência em tempo real em saúde pública, orientada para a melhoria contínua da resposta.

As orientações da OMS para esta área defendem uma abordagem centrada na pessoa, baseada no reforço dos dados de rotina e na sua utilização para medidas de impacto (5). A informação em VIH deve responder a uma questão central: que dados são necessários para melhorar a resposta à infeção e reduzir o seu impacto na população. A resposta exige que a monitorização seja orientada para a ação e que os indicadores sejam relevantes para decisões concretas: onde reforçar a testagem; que populações estão menos cobertas; que territórios apresentam maior risco; onde existem atrasos na ligação aos cuidados; que serviços apresentam maior perda de seguimento; que grupos têm menor acesso à profilaxia pré-exposição (PrEP); que unidades necessitam de maior apoio para melhorar a qualidade dos registos (5,6).



2. Enquadramento Teórico: Monitorização da Infecção por VIH

A monitorização deve cumprir quatro funções complementares:

- Função descritiva: caracterizar a situação epidemiológica, a distribuição territorial, os grupos mais afetados e a evolução temporal da infeção.
- Função avaliativa: medir o desempenho dos serviços, a cobertura das intervenções e o cumprimento das metas nacionais e internacionais.
- Função operacional: apoiar a gestão de cuidados, a identificação de falhas e a intervenção precoce sobre perdas de seguimento ou atrasos na resposta.
- Função estratégica: informar políticas públicas, planeamento de recursos, definição de prioridades e prestação de contas (5,6).

A evolução dos referenciais internacionais tem vindo a valorizar a utilização de dados individuais, longitudinais e interoperáveis, bem como a integração entre fontes clínicas, laboratoriais e comunitárias (5,6). A OMS sublinha que a transição para sistemas digitais centrados na pessoa pode melhorar simultaneamente a gestão clínica individual e o desempenho dos programas, ao permitir recolher os dados uma vez e utilizá-los múltiplas vezes, desde o ponto de cuidado até ao planeamento nacional (5).

2.2. O VIH como condição crónica

A vigilância epidemiológica clássica do VIH desenvolveu-se historicamente em torno da identificação e notificação de novos diagnósticos, casos de SIDA e óbitos. Esta abordagem continua a ser indispensável, permitindo acompanhar a incidência, identificar tendências, caracterizar modos de transmissão e monitorizar apresentações tardias. Contudo, no contexto atual, uma vigilância centrada apenas no diagnóstico é insuficiente (5).

O VIH é hoje, para a maioria das pessoas com acesso a tratamento, uma condição crónica. A efetividade da resposta depende não apenas de diagnosticar, mas também de garantir que a pessoa é ligada aos cuidados, inicia tratamento atempadamente, mantém seguimento regular, alcança e preserva supressão viral, recebe cuidados integrados para comorbilidades, mantém qualidade de vida e não é perdida pelo sistema (5). Por isso, a monitorização moderna deve deslocar o foco do evento isolado para o percurso longitudinal.



2. Enquadramento Teórico: Monitorização da Infecção por VIH

Esta mudança é expressa nas orientações da OMS, que defendem a construção de sistemas de monitorização adequados a cuidados crónicos, com dados longitudinais centrados na pessoa, capazes de apoiar a retenção em cuidados e a ligação a serviços complementares (4,5).

No contexto do VIH, este percurso pode ser conceptualizado como um *continuum*:



Figura 1 - Continuum da resposta ao VIH.

Este *continuum* de cuidados não deve ser entendido como uma sequência linear simples, pois pessoas diferentes podem entrar no sistema por vias distintas, interromper cuidados, mudar de unidade de saúde, migrar, transitar entre serviços comunitários e hospitalares, ou reentrar após períodos de ausência. A monitorização deve, por isso, ser capaz de captar todos estes movimentos de transições, interrupções e "*reengagement*", e não apenas estados ocasionais fixos (5).

A prevenção é o primeiro ponto deste percurso. Inclui intervenções como promoção de utilização do preservativo, programas de troca de seringas, redução de danos, PrEP, profilaxia pós-exposição (PPE), literacia, intervenção comunitária e estratégias dirigidas a populações-chave. A sua monitorização exige indicadores de acesso, cobertura, adesão, continuidade, aceitabilidade e equidade. A OMS inclui, por exemplo, indicadores adicionais sobre cobertura de preservativos, PrEP, infeções incidentes em utilizadores de PrEP, transição de PPE para PrEP, práticas seguras de injeção, autoteste e ligação da testagem negativa a intervenções preventivas (7).



2. Enquadramento Teórico: Monitorização da Infecção por VIH

A testagem e o diagnóstico constituem a segunda componente crítica. Aqui, a monitorização deve medir, para além do número de testes realizados ou de novos diagnósticos, a positividade, o local do primeiro teste reativo, a oportunidade do diagnóstico, a proporção de diagnósticos tardios, a ligação à confirmação diagnóstica e a ligação aos cuidados (4-7). Esta dimensão é central, porque o diagnóstico tardio continua a representar uma das principais barreiras ao controlo da epidemia e à melhoria dos resultados clínicos.

O tratamento e os cuidados constituem a terceira componente. A monitorização deve acompanhar o tempo entre diagnóstico e início de terapêutica antirretrovírica, proporção de pessoas em tratamento, adesão, dispensa terapêutica, interrupções, falência terapêutica, mudança de linha terapêutica, supressão viral e integração de cuidados para comorbilidades (4-7).

Finalmente, o seguimento e a monitorização longitudinal são necessários para compreender a retenção, transferência, abandono, reentrada em cuidados, mortalidade, qualidade de vida, comorbilidades e desigualdades no acesso (4-7). Esta dimensão é particularmente importante porque, em sistemas fragmentados, uma pessoa pode parecer "perdida" numa unidade de saúde e estar em seguimento noutra; ou pode estar diagnosticada e em tratamento, mas invisível para os sistemas de vigilância epidemiológica. A ausência de ligação entre fontes clínicas, laboratoriais e farmacêuticas dificulta a distinção entre abandono real, transferência, mobilidade, migração ou reentrada.

Os relatórios nacionais mais recentes já refletem uma aproximação gradual a esta lógica de *continuum* de cuidados (3). Ainda assim, o projeto HIVision partiu da constatação de que ainda não era possível monitorizar plenamente as metas 95-95-95 com base em informação clínica robusta proveniente de todas as instituições de saúde (8).

Pretende-se, assim, complementar a vigilância epidemiológica tradicional com novas ferramentas de monitorização. A notificação de novos diagnósticos continua a ser indispensável, mas deve ser integrada num modelo mais amplo de monitorização da resposta ao VIH, centrado na pessoa, no seu percurso e na utilidade da informação para a ação.



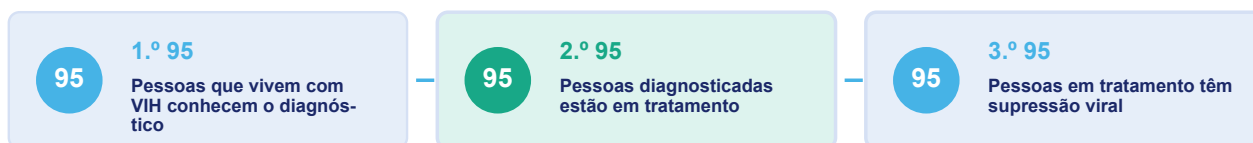
2. Enquadramento Teórico: Monitorização da Infecção por VIH

2.3. Metas internacionais e referenciais de monitorização

A monitorização da infeção por VIH em Portugal deve ser enquadrada no contexto dos compromissos internacionais assumidos para o controlo da epidemia. As metas 95-95-95 da ONUSIDA constituem o referencial mais reconhecido: 95% das pessoas que vivem com VIH devem conhecer o seu diagnóstico; 95% das pessoas diagnosticadas devem estar em tratamento; e 95% das pessoas em tratamento devem apresentar supressão viral (1). Estas metas sintetizam a lógica da cascata de cuidados e continuam a orientar políticas nacionais e internacionais.

Metas internacionais 95-95-95

Uma cascata de monitorização: diagnóstico, tratamento e supressão viral.



Referencial ONUSIDA para acompanhar progresso e identificar perdas ao longo da resposta.

Figura 4 - Metas internacionais 95-95-95 como cascata de monitorização.

No entanto, a evolução da resposta ao VIH tem demonstrado que estas três metas, embora essenciais, não são suficientes para captar toda a complexidade da epidemia. O enquadramento da ONUSIDA, através do "*Global AIDS Monitoring*", organiza a monitorização em áreas estratégicas que incluem prevenção combinada, metas de testagem e tratamento, eliminação da transmissão vertical, igualdade de género, liderança comunitária, direitos humanos, eliminação do estigma e discriminação, cobertura universal de saúde e integração (6).

A OMS complementa este enquadramento com orientações para a informação centrada na pessoa (5). Estas orientações propõem o reforço dos dados de rotina para maior impacto; a utilização de dados individuais ao longo da cascata de cuidados; a integração de dados digitais; a interoperabilidade; e a utilização dos dados para gestão de programas e melhoria da qualidade. A abordagem da OMS desloca o foco da produção de indicadores agregados para a construção de sistemas de informação capazes de acompanhar pessoas, serviços e resultados ao longo do tempo (5).



2. Enquadramento Teórico: Monitorização da Infecção por VIH

No plano europeu, os relatórios ECDC/OMS Europa de vigilância VIH/SIDA constituem referências fundamentais para a comparação internacional. Estes relatórios monitorizam novos diagnósticos, casos de SIDA, mortalidade, diagnóstico tardio, testagem, diagnósticos positivos prévios, migração e ligação aos cuidados, permitindo enquadrar Portugal no espaço europeu e identificar desafios comuns aos países da União Europeia (UE), Espaço Económico Europeu (EEE) e Região Europeia da OMS (9,10).

Os relatórios europeus mais recentes reforçam a importância de expandir serviços diferenciados de testagem, garantir início atempado de PrEP e terapêutica antirretrovírica (TARV), manter serviços de redução de danos, envolver a sociedade civil ao longo do *continuum* de cuidados, reforçar a colaboração transfronteiriça e assegurar o acesso universal de refugiados e migrantes aos serviços de VIH, independentemente do estatuto de residência (9). Estes elementos são particularmente relevantes para a monitorização portuguesa, dada a importância de populações móveis, migrantes e contextos comunitários na resposta nacional.

No plano nacional, os relatórios DGS/INSA constituem a principal referência - agregam informação sobre novos diagnósticos, SIDA, óbitos, distribuição geográfica, modos de transmissão, diagnóstico tardio, prevenção, rastreio, referenciação, PrEP, PPE, programas de redução de danos, apoio à sociedade civil e, mais recentemente, *continuum* de cuidados (3,8).

O relatório DGS/INSA 2025 identifica a necessidade de atuação prioritária em dois eixos: por um lado, o acesso a cuidados de saúde e à testagem ao VIH, face à persistência de proporções elevadas de apresentação tardia e de oportunidades perdidas de diagnóstico; por outro, a prevenção e o acesso à PrEP, incluindo a sua reestruturação e descentralização para garantir cuidados de proximidade (3). O mesmo relatório apresenta valores relativos às metas 95-95-95, indicando que, para 2023, 94,2% das pessoas que viviam com VIH em Portugal estavam diagnosticadas e que, a partir dos dados completos do *continuum* de cuidados disponibilizados por 26 hospitais nacionais, 97,8% das pessoas estavam em tratamento e 95,9% destas apresentavam supressão virológica, ou seja, carga viral inferior a 200 cópias/mL (3). Estes dados mostram progressos importantes, mas também confirmam o desafio central deste projeto: as metas podem ser parcialmente estimadas ou reportadas, mas a sua monitorização plena exige informação clínica robusta, atualizada, integrada e proveniente da totalidade das instituições relevantes. A monitorização das metas internacionais deve, assim, ser vista como ponto de partida para um objetivo maior.



3. Modelo Conceptual do Projeto

O modelo conceptual do projeto constitui a sua estrutura organizadora e traduz a passagem de uma abordagem centrada na vigilância de eventos para uma abordagem centrada na monitorização longitudinal da resposta à infeção por VIH.

A sua finalidade é propor uma forma integrada de organizar a informação necessária para acompanhar a infeção por VIH em Portugal, desde a prevenção ao seguimento, assegurando que os dados produzidos são úteis para orientar decisões clínicas, organizacionais, comunitárias, programáticas e políticas.

3.1. Princípios orientadores

O modelo conceptual do HIVision assenta em seis princípios orientadores: pessoa no centro, envolvimento da comunidade, *continuum* de cuidados, utilidade para decisão, completude progressiva e integração/interoperabilidade.

3.1.1. Pessoa no centro

O primeiro princípio do modelo consiste em colocar a pessoa no centro da monitorização. Isto significa que a unidade fundamental de análise transita do evento de notificação para o percurso da pessoa ao longo do sistema de saúde.

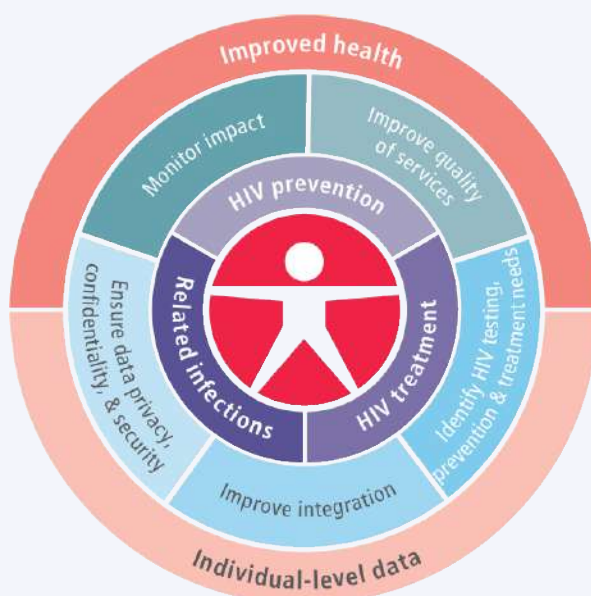


Figura 5 - Modelo conceptual centrado na pessoa. Fonte: OMS (2022).



3. Modelo Conceptual do Projeto

A vigilância epidemiológica baseada na notificação de novos diagnósticos é indispensável para caracterizar a epidemia, monitorizar tendências e identificar as populações e os territórios mais afetados. Contudo, esta abordagem é insuficiente para compreender o que acontece depois do diagnóstico: se a pessoa foi referenciada aos cuidados, quanto tempo decorreu até iniciar tratamento, se manteve seguimento regular, se atingiu supressão viral, se foi transferida, se interrompeu cuidados ou se reentrou no sistema.

A abordagem centrada na pessoa implica, por isso, acompanhar eventos sucessivos ao longo do tempo e em diferentes pontos de contacto com os serviços de saúde e com a comunidade. As recomendações da OMS defendem a geração e utilização de dados centrados na pessoa, recolhidos a partir de sistemas de informação de rotina, ao longo do *continuum* de cuidados, incluindo prevenção, testagem, tratamento e cuidados de longo prazo (5).

Além disso, esta perspetiva implica acompanhar longitudinalmente o percurso de saúde de cada pessoa numa perspetiva mais ampla, reconhecendo que o VIH interage com outras necessidades clínicas e sociais ao longo do tempo, em vez de ser tratado como uma trajetória exclusivamente vertical. Deve permitir monitorizar condições associadas ou particularmente relevantes para as pessoas que vivem com VIH, designadamente a tuberculose, as infeções sexualmente transmissíveis, as hepatites virais, as comorbilidades crónicas, a saúde mental, a saúde sexual e reprodutiva e outros eventos com impacto na continuidade, qualidade e resultados dos cuidados (5,6,7).

Estruturar a informação desta forma permite compreender as trajetórias, identificar falhas no percurso e necessidades simultâneas, reforçar a continuidade dos cuidados, melhorar a articulação entre serviços e produzir respostas clínicas e sociais adequadas às necessidades das pessoas e dos grupos mais vulneráveis.

3.1.2. Envolvimento da comunidade

O segundo princípio é o envolvimento da comunidade na monitorização da resposta ao VIH. A produção de informação útil não deve depender apenas dos sistemas formais de saúde, devendo integrar igualmente o conhecimento das pessoas, organizações e entidades que intervêm diretamente junto das populações mais afetadas.



3. Modelo Conceptual do Projeto

As associações de doentes, organizações não governamentais e de base comunitária, municípios e outras entidades locais desempenham um papel essencial na resposta ao VIH, particularmente nas áreas da prevenção, testagem, ligação aos cuidados, literacia, apoio psicossocial, redução do estigma e promoção da adesão ao seguimento. Estas entidades têm frequentemente maior proximidade com populações que podem estar menos visíveis nos sistemas formais, incluindo pessoas em situação de maior vulnerabilidade social, como os migrantes e pessoas em situação de sem-abrigo; pessoas com práticas ou contextos de maior exposição, como os utilizadores de drogas; pessoas em contexto prisional; ou pessoas com experiências prévias de discriminação no acesso aos cuidados.

Neste contexto, o envolvimento da comunidade permite qualificar a interpretação dos dados, identificar barreiras que os indicadores isolados não captam e reconhecer necessidades que podem não estar refletidas nos registos clínicos ou administrativos. A participação comunitária é, por isso, relevante não apenas como fonte complementar de informação, mas também como mecanismo de validação, contextualização e utilização dos resultados.

No modelo conceptual do HIVision, este princípio implica que a monitorização da resposta ao VIH seja construída com as entidades que atuam no terreno, reconhecendo o seu papel na identificação de lacunas, na definição de prioridades, na interpretação dos resultados e na formulação de recomendações. A comunidade não deve ser entendida apenas como destinatária da informação produzida, mas como parceira ativa na construção de uma resposta mais equitativa, próxima e orientada para as necessidades reais das pessoas.

3.1.3. Continuum de cuidados

O terceiro princípio é a monitorização do *continuum* de cuidados. A resposta ao VIH engloba uma sequência articulada de intervenções, que inclui prevenção, testagem, diagnóstico, ligação aos cuidados, início de tratamento, seguimento clínico, supressão viral, retenção em cuidados e qualidade de vida. Assim, o modelo conceptual do HIVision organiza a monitorização em torno desse percurso alargado.



3. Modelo Conceptual do Projeto

Este *continuum* permite evidenciar pontos de transição particularmente críticos no acesso aos cuidados. Entre estes incluem-se: a passagem da testagem reativa para o diagnóstico confirmado; a ligação entre diagnóstico e primeira consulta; o início atempado da terapêutica antirretrovírica; a manutenção da pessoa em seguimento; a distinção entre abandono, transferência e reentrada após interrupção; e a articulação entre serviços hospitalares, cuidados de saúde primários, farmácia, laboratório, setor comunitário e outros contextos, como o sistema prisional.

3.1.4. Utilidade para decisão

O quarto princípio é a utilidade da informação para a decisão, que permite transformar os dados recolhidos em conhecimento útil para quem pode agir.

A informação deve servir diferentes níveis de decisão:

Tabela 3 - Utilidade esperada da informação por níveis de decisão

Nível de decisão	Utilidade esperada da informação
Pessoa	Apoiar continuidade de cuidados, identificação de necessidades e prevenção de perdas
Serviço	Melhorar organização interna, qualidade do registo, resposta clínica e gestão de casos
Organização	Comparar desempenho, identificar lacunas e orientar recursos
Território	Identificar desigualdades, populações subcobertas e necessidades locais
Sistema	Definir políticas públicas, prioridades nacionais e metas de monitorização

A utilidade para decisão implica que os indicadores sejam selecionados porque respondem a perguntas relevantes, tais como: onde existem atrasos no diagnóstico? Que populações têm menor acesso à PrEP? Que unidades têm maior perda de seguimento? Que territórios têm maior proporção de diagnóstico tardio? Que dados são necessários para decidir onde testar, onde investir, onde reforçar equipas, ou onde criar novas respostas?



3. Modelo Conceptual do Projeto

3.1.5. Completude progressiva

O quinto princípio é a completude progressiva. O modelo proposto assume que um sistema de monitorização pode evoluir por fases, começando por um núcleo mínimo viável de indicadores e fontes, e progredindo gradualmente para níveis superiores de integração, longitudinalidade e utilidade.

Esta abordagem permite evitar dois riscos: por um lado, a paralisia decorrente da tentativa de construir desde início um sistema perfeito; por outro, a manutenção indefinida de soluções fragmentadas e pouco úteis. O modelo propõe, em alternativa, uma evolução faseada, com prioridades claras, validação progressiva, aprendizagem e incorporação gradual de novas fontes.

Este princípio está alinhado com o proposto pela OMS, que reconhece que os países se encontram em diferentes estádios de maturidade digital e que, mesmo quando os sistemas centrados na pessoa ainda não estão plenamente implementados, os indicadores prioritários podem ser calculados a partir das práticas de reporte existentes, enquanto decorre a transição para sistemas digitais mais integrados (4,5,7).

3.1.6. Integração e interoperabilidade

O sexto princípio é a integração entre fontes e a interoperabilidade dos sistemas, que devem apoiar a articulação dos cuidados. O valor da monitorização depende da capacidade de ligar dados clínicos, laboratoriais, farmacêuticos, comunitários, epidemiológicos e administrativos, transformando registos dispersos numa visão longitudinal do percurso da pessoa.

A monitorização do VIH exige dados provenientes de múltiplos pontos do sistema: rastreios, notificação epidemiológica, consultas hospitalares, laboratórios, farmácia hospitalar, farmácia comunitária, cuidados de saúde primários, organizações não governamentais (ONG) e de base comunitária (OBC), mortalidade e, sempre que possível, dados sobre determinantes sociais, estigma e desigualdades (5,7).

Sem integração, a informação permanece dispersa e perde capacidade explicativa. A fragmentação dificulta a medição do *continuum* de cuidados, a identificação de perdas, a análise de transferências, a distinção entre abandono e mobilidade, a avaliação da retenção e a devolução de informação útil aos profissionais.



3. Modelo Conceptual do Projeto

A OMS identifica a interoperabilidade, os identificadores únicos, a privacidade, a segurança, o acesso e a governação dos dados digitais como componentes fundamentais dos sistemas de informação em VIH, para transformar dados dispersos em inteligência de saúde pública (4,5,7).

A integração da informação deve também apoiar a integração dos cuidados. A informação deve acompanhar a pessoa entre diferentes serviços, níveis de cuidados e contextos de vida. Esta integração deve permitir acompanhar simultaneamente o percurso específico da infeção por VIH e a articulação com outras condições associadas ou de particular relevância clínica e de saúde, contribuindo para respostas mais coordenadas, continuidade assistencial e melhor adequação dos cuidados às necessidades da pessoa.

3.2. Eixos de monitorização

O modelo HIVision organiza a monitorização da infeção por VIH em quatro eixos principais, posteriormente desagregados em dimensões, categorias e subcategorias, conforme explicado na matriz de indicadores apresentada no ponto 3.4. Estes eixos correspondem às grandes áreas da resposta ao VIH.

3.2.1. Prevenção e redução de danos

O eixo da prevenção e redução de danos é essencial para uma monitorização orientada para a eliminação do VIH como problema de saúde pública, porque permite deslocar o foco para a montante do diagnóstico. Para além de medir novos casos, permite compreender quem está a ser alcançado pelas estratégias preventivas, quem fica fora, onde existem barreiras de acesso e que intervenções têm maior impacto.

Inclui as intervenções orientadas para evitar novas infeções, reduzir riscos e promover acesso a estratégias preventivas. Abrange ações como a distribuição de preservativos, programas de troca de seringas, PrEP, PPE, intervenções comunitárias, literacia e respostas dirigidas a populações-chave.



3. Modelo Conceptual do Projeto

3.2.2. Testagem e diagnóstico

Este eixo permite avaliar a capacidade do sistema para identificar precocemente a infeção e reduzir oportunidades perdidas de diagnóstico.

O eixo da testagem e diagnóstico responde a uma das principais prioridades da resposta ao VIH: reduzir o diagnóstico tardio e identificar precocemente pessoas que vivem com VIH. A monitorização deve permitir compreender quantos testes são realizados, onde, por quem, em que populações, com que resultado e com que tempo até à integração nos cuidados. A articulação entre testagem comunitária, cuidados de saúde primários, hospitais, farmácias e sistemas de vigilância é particularmente relevante neste eixo. A rastreabilidade do primeiro teste reativo e a ligação entre testagem, confirmação do diagnóstico e entrada nos cuidados constituem igualmente pontos críticos para a monitorização do VIH.

Inclui o acesso ao teste, o volume de testagem, a positividade, o local de realização do primeiro teste reativo, a confirmação diagnóstica, o diagnóstico tardio, a referenciação e o tempo até ligação aos cuidados.

3.2.3. Tratamento e cuidados

O eixo do tratamento e cuidados está diretamente relacionado com o segundo e terceiro 95 das metas internacionais definidas pela ONUSIDA, nomeadamente a proporção de pessoas em tratamento e com carga viral suprimida. Permite gerir a infeção como condição crónica e avaliar a oportunidade do início de tratamento, a continuidade da terapêutica, a estabilidade clínica, a integração de cuidados e a resposta a necessidades específicas ao longo do curso de vida.

A monitorização do tratamento e dos cuidados exige ligação entre dados clínicos, laboratoriais e farmacêuticos, que permite medir adesão à terapêutica, interrupções, falência terapêutica, mudança terapêutica, ou diferenças de desempenho entre serviços.

Inclui o início de terapêutica antirretrovírica, o tempo entre diagnóstico e tratamento, a proporção de pessoas em tratamento, a supressão viral, a adesão terapêutica, a dispensa de medicamentos, a gestão de efeitos adversos, falência terapêutica e comorbilidades.



3. Modelo Conceptual do Projeto

3.2.4. Seguimento e monitorização

O eixo do seguimento e monitorização traduz a passagem de uma lógica retrospectiva, centrada no diagnóstico, para uma lógica longitudinal, centrada na pessoa. A sua importância resulta da necessidade de acompanhar o VIH como condição crónica e de garantir que as pessoas não desaparecem do sistema sem que seja possível distinguir abandono, transferência, mobilidade, migração, seguimento noutra área ou reentrada posterior.

Este eixo inclui a retenção em cuidados, perdas de seguimento, transferências, reentrada nos cuidados, mortalidade, qualidade de vida e continuidade assistencial.

3.3. Dimensões transversais

Para além dos quatro eixos, o modelo proposto organiza os indicadores segundo três dimensões transversais: acesso, resultados e qualidade.

3.3.1. Acesso

A dimensão do acesso mede a capacidade de as pessoas alcançarem, utilizarem e manterem contacto com serviços, intervenções e cuidados. Permite identificar barreiras geográficas, organizacionais, administrativas, económicas, sociais, culturais, ou relacionadas com estigma.

Esta dimensão é particularmente relevante para populações-chave, como pessoas migrantes, pessoas em contexto prisional, utilizadores de drogas e pessoas que circulam entre diferentes territórios ou contextos de cuidados.

Esta dimensão inclui acesso à prevenção, PrEP, PPE, rastreio, diagnóstico, consulta, tratamento, farmácia, serviços comunitários e acompanhamento longitudinal.

3.3.2. Resultados

A dimensão dos resultados permite avaliar se as intervenções estão a produzir os efeitos pretendidos, ao medir os efeitos da resposta ao VIH em termos epidemiológicos, clínicos, programáticos e populacionais.

Deve monitorizar: resultados intermédios, como continuidade de PrEP, tempo até tratamento, ligação aos cuidados e redução de perdas de seguimento; e resultados finais, como supressão viral e redução de novos diagnósticos.



3. Modelo Conceptual do Projeto

Inclui novos diagnósticos, diagnóstico tardio, positividade, início de tratamento, supressão viral, retenção, redução de infeções, mortalidade, qualidade de vida e cumprimento das metas nacionais e internacionais.

3.3.3. Qualidade

Esta dimensão deve ser entendida simultaneamente como qualidade dos dados e como qualidade da resposta que os dados permitem avaliar. Permite medir a robustez, completude, atualidade, fiabilidade, comparabilidade e utilidade da informação e dos cuidados.

A dimensão da qualidade é essencial porque a disponibilidade de dados não garante, por si só, boa monitorização. Dados incompletos, duplicados, atrasados, não interoperáveis, ou não disponíveis aos profissionais, têm utilidade limitada. Inclui qualidade do registo, completude dos campos, consistência das definições, periodicidade de atualização, capacidade de desagregação, interoperabilidade e retorno de informação.

3.4. Matriz de indicadores

No âmbito do projeto, foi realizada uma recolha e consolidação inicial de indicadores a partir de relatórios e referenciais nacionais e internacionais, incluindo DGS/INSA (3,8), ECDC/OMS Europa (9,10), OMS (4,5,7) e ONUSIDA (6). Este trabalho teve como objetivo construir uma base conceptual para a monitorização contínua da resposta ao VIH em Portugal.

Matriz de indicadores



A matriz organiza a informação em níveis sucessivos: eixos da resposta, dimensões de análise, categorias e subcategorias operacionais.

Figura 6 - Estrutura da matriz de indicadores HIVision.



3. Modelo Conceptual do Projeto

Posteriormente, foi concebida uma matriz multidimensional, permitindo organizar os indicadores segundo quatro níveis: eixo, dimensão, categoria e subcategoria. O eixo corresponde à área macro da resposta ao VIH, de acordo com o modelo conceptual previamente definido; a dimensão traduz a natureza da avaliação do impacto; a categoria representa o aspeto específico da resposta; e a subcategoria corresponde ao elemento temático detalhado.

Esta matriz global corresponde a um repositório conceptual teórico e exploratório, destinado a organizar o universo amplo de informação potencialmente relevante para a monitorização da resposta ao VIH, para além dos indicadores epidemiológicos clássicos. Permitiu mapear os indicadores, analisar a cobertura e identificar lacunas.

A matriz global incluiu 199 indicadores identificados. A distribuição por eixo e dimensão foi a seguinte:

Tabela 4 - Número de indicadores por eixo e dimensão da matriz global

Eixo/Dimensões	Acesso	Resultados	Qualidade	Total
Prevenção e redução de danos	18	6	5	29
Testagem e diagnóstico	13	8	3	24
Tratamento e cuidados	47	12	27	86
Seguimento e monitorização	12	33	15	60
Total	90	59	50	199

Esta distribuição mostra que a dimensão de acesso concentra o maior número de indicadores identificados. Os indicadores de resultados e qualidade surgem em menor número. A matriz global encontra-se disponível no anexo 4.

Posteriormente, procedeu-se à consolidação de uma matriz operacional de indicadores, incluindo a identificação de um conjunto prioritário de monitorização, apresentada no capítulo 4, enquanto resultado do projeto HIVision.



4. Principais Resultados

A abordagem por fases do projeto HIVision permitiu construir uma leitura integrada sobre o estado da monitorização da infeção por VIH em Portugal, identificando lacunas, oportunidades e prioridades de intervenção. Esta secção apresenta uma síntese dos principais resultados por fase do projeto. Os relatórios temáticos produzidos ao longo do trabalho estão disponíveis em anexo.

4.1. Revisão documental e mapeamento de indicadores

A revisão documental permitiu enquadrar a monitorização da infeção por VIH em Portugal à luz dos principais referenciais nacionais e internacionais.

Estes documentos demonstram que a resposta ao VIH é atualmente avaliada através de múltiplos indicadores epidemiológicos, clínicos e programáticos, abrangendo desde a prevenção e testagem até ao tratamento, seguimento e resultados em saúde.

A análise documental confirmou que já existem diversas fontes de informação relevantes para a monitorização da infeção por VIH em Portugal. Contudo, a existência de dados não equivale, por si só, à existência de um sistema de monitorização plenamente integrado e útil para a decisão. O desafio identificado inclui a forma como os dados são recolhidos, articulados, validados, analisados, devolvidos e utilizados.

4.2. Diagnóstico preliminar

O diagnóstico preliminar constituiu uma etapa inicial, desenvolvida paralelamente à revisão documental inicial. Teve como objetivo produzir uma primeira leitura crítica sobre o estado da monitorização da infeção por VIH em Portugal, identificando fontes existentes, sistemas em funcionamento, limitações operacionais e gaps iniciais.

Esta fase permitiu confirmar a existência de um ecossistema de informação fragmentado. Foram identificadas diferentes fontes relevantes, mas também limitações importantes na sua articulação.



4. Principais Resultados

Entre os principais aspetos assinalados destacaram-se a inoperacionalidade do SI.VIDA, por razões técnicas de natureza informática; a centralidade do SINAVE como principal sistema de informação em funcionamento; a ausência de interoperabilidade plena com outros sistemas clínicos, como o SClínico; e a necessidade de recolha adicional de informação através de mecanismos paralelos, como formulários ou ficheiros *Excel*.

O diagnóstico preliminar mostrou também que parte da informação necessária para acompanhar o percurso das pessoas que vivem com VIH existe em diferentes pontos do sistema, mas nem sempre está disponível de forma integrada, ou comparável. Esta limitação dificulta a monitorização de dimensões críticas, como a ligação aos cuidados após diagnóstico, o tempo até ao tratamento, a retenção em cuidados, as transferências entre unidades, as perdas de seguimento e a reentrada nos cuidados.

4.3. *Scoping review* e *benchmarking* internacional

A *scoping review* e o *benchmarking* internacional permitiram situar a experiência portuguesa no contexto europeu e identificar diferentes modelos de monitorização da infeção por VIH.

A análise confirmou que a monitorização do VIH na Europa é heterogénea, coexistindo diferentes modelos e arquiteturas, condicionados pela organização dos sistemas de saúde, pela história institucional, pela maturidade digital, pela governação dos dados e pela relação entre prevenção, vigilância epidemiológica, cuidados clínicos, atividade laboratorial e investigação.

A revisão permitiu agrupar os modelos de monitorização identificados em cinco grandes tipologias: registos nacionais integrados; coortes nacionais longitudinais; vigilância epidemiológica reforçada com ligação de registos; modelos multicamadas; e vigilância institucional de serviços e laboratórios.

A análise demonstrou que os países organizam a monitorização do VIH através de combinações destes modelos e não necessariamente através de uma única solução institucional ou tecnológica. Os sistemas mais robustos são aqueles que conseguem articular integração entre fontes, seguimento longitudinal e produção de informação útil para diferentes níveis de decisão.



4. Principais Resultados

O *benchmarking* internacional mostrou também que a monitorização do VIH deve ir além da vigilância de novos diagnósticos. Os modelos mais desenvolvidos permitem acompanhar o percurso das pessoas ao longo do *continuum* de cuidados. Esta capacidade longitudinal é particularmente relevante numa infeção crónica, como o VIH, em que a resposta nacional deve ser avaliada não apenas pela identificação de novos casos, mas também pela continuidade, qualidade e efetividade dos cuidados prestados.

A principal lição transferível para Portugal é que a melhoria da monitorização do VIH deve ser entendida como uma estratégia de consolidação sistémica, que permita ligar fontes relevantes, gerar informação individual longitudinal, devolver dados aos profissionais e instituições, e apoiar a melhoria contínua.

Os resultados da *scoping review* e *benchmarking* internacional serão oportunamente partilhados após publicação científica.

4.4. Entrevistas e diagnóstico nacional

A componente qualitativa permitiu aprofundar o diagnóstico nacional através da auscultação de *stakeholders*-chave da resposta ao VIH. As entrevistas exploraram perceções, experiências e propostas relativas à recolha, integração, utilização, qualidade e governação dos dados.

Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas individuais, com duração aproximada de 30 minutos, por videoconferência. Os participantes foram selecionados por amostragem intencional, procurando assegurar diversidade institucional e de perspetivas

Tabela 6 - Perfil institucional dos participantes nas entrevistas

Perfil institucional	n
Unidade hospitalar / ULS	5
Organismo central do Ministério da Saúde	2
ONG / OBC	1
Perito externo	2



4. Principais Resultados

Perfil institucional	n
Total	10

Esta composição permitiu integrar perspetivas clínicas, institucionais, comunitárias e técnico-programáticas sobre a monitorização da infeção por VIH em Portugal.

A análise das entrevistas confirmou e aprofundou os problemas identificados no diagnóstico preliminar. Os resultados apontaram para sete temas principais:

1	Fragmentação estrutural dos sistemas de informação	10/10
2	Incapacidade de monitorização longitudinal da cascata 95-95-95/continuum de cuidados	9/10
3	Produção de dados sem retorno e indicadores desalinhados com necessidades reais	9/10
4	Desalinhamento entre níveis comunitário, local e nacional	8/10
5	Descontinuidade do SI.VIDA e ausência de uma solução com funcionalidades alternativas otimizadas	7/10
6	Governança da informação	6/10
7	Práticas informais como sistema paralelo	5/10

Figura 7 - Temas principais identificados nas entrevistas.

Nota: n/10 corresponde ao número de entrevistas em que o tema foi referido.



4. Principais Resultados

O primeiro tema, relativo à fragmentação dos sistemas, emergiu como um dos principais obstáculos à monitorização efetiva. Os *stakeholders* descreveram múltiplas fontes, plataformas e práticas de registo, frequentemente pouco articuladas entre si. Esta fragmentação dificulta a obtenção de uma visão integrada da pessoa e da resposta nacional.

O segundo tema evidenciou a dificuldade em acompanhar longitudinalmente o percurso das pessoas que vivem com VIH. A monitorização atual continua fortemente dependente de eventos ou registos parciais, não permitindo identificar, de forma sistemática, transferências, perdas de seguimento, reentradas, ou interrupções no tratamento.

O terceiro tema apontou para a existência de dados produzidos sobretudo para reporte, sem retorno suficiente aos profissionais, serviços e organizações que os recolhem. Esta limitação reduz a utilidade prática da informação e pode contribuir para a perceção de que o registo é sobretudo uma obrigação administrativa, mais do que uma ferramenta de melhoria.

O quarto tema revelou o desalinhamento entre níveis comunitário, local e nacional. A informação produzida em contextos comunitários ou locais nem sempre é integrada nos sistemas nacionais, e a informação nacional nem sempre regressa aos níveis operacionais em formato útil para a ação.

O quinto tema centrou-se na falência do SI.VIDA e na ausência de uma alternativa funcional otimizada. Esta realidade foi interpretada como um símbolo das dificuldades de continuidade, interoperabilidade e governação dos sistemas de informação em VIH.

O sexto tema destacou a governação da informação como condição crítica. A ausência de responsabilidades claras, regras comuns e mecanismos de coordenação limita a utilização plena da informação disponível.

Por fim, o sétimo tema revelou a existência de práticas informais e sistemas paralelos, frequentemente criados para responder a necessidades operacionais locais, não satisfeitas pelos sistemas formais. Embora estas soluções permitam resolver problemas imediatos, também aumentam o risco de duplicação, inconsistência, dependência de pessoas-chave e perda de sustentabilidade.



4. Principais Resultados

Globalmente, o diagnóstico nacional mostrou que o principal desafio da monitorização do VIH em Portugal é transformar os dados em informação integrada, longitudinal, comparável e útil para a decisão nos diferentes níveis.

Os resultados detalhados das entrevistas estão disponíveis no anexo 1.

4.5. *Workshop* de discussão e formulação de propostas

O *workshop* constituiu a etapa de transição entre o diagnóstico e a formulação de propostas. Partindo dos resultados da revisão documental e do diagnóstico, o *workshop* teve como objetivo discutir os principais problemas identificados e transformá-los em propostas concretas de intervenção.

O *workshop* reuniu 27 participantes, distribuídos por cinco mesas temáticas, procurando assegurar diversidade institucional, profissional e territorial. Participaram representantes de ULS e hospitais, organismos centrais do Ministério da Saúde, organizações não governamentais e de base comunitária (ONG/OBC), associações do setor farmacêutico, autarquias e peritos externos.

Tabela 7 - Perfil institucional dos participantes no *workshop*

Perfil institucional	n
ULS / hospitais	10
Organismos centrais do Ministério da Saúde	6
ONG / OBC	3
Autarquias	4
Setor farmacêutico / associações do setor farmacêutico	2
Peritos externos	2
Total	27



4. Principais Resultados

A diversidade de participantes permitiu incorporar perspetivas institucionais, clínicas, comunitárias, técnicas, programáticas e locais, reforçando a natureza multissetorial do exercício de co-construção.

A discussão foi organizada em cinco mesas temáticas: Acesso; Prevenção e testagem; Tratamento e seguimento; Qualidade; e Governação do sistema.

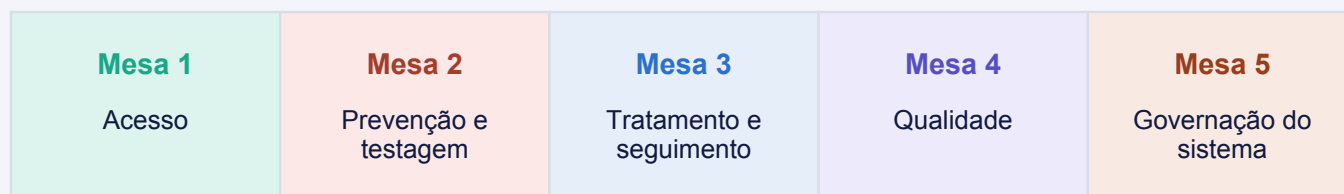


Figura 8 - Temas das cinco mesas temáticas do workshop.

Esta organização permitiu cruzar os problemas identificados com o modelo conceptual do projeto, mantendo como referência os quatro eixos e as três dimensões essenciais.

O *workshop* permitiu validar a relevância dos principais problemas identificados e reforçou a necessidade de uma abordagem multissetorial. A discussão mostrou que a melhoria da monitorização do VIH não pode ser resolvida apenas por uma solução tecnológica; exige governação, alinhamento institucional, normalização de definições, envolvimento dos profissionais, integração comunitária e devolução de informação útil.

As propostas emergentes do *workshop* refletiram diferentes níveis de intervenção: estratégico, tático e operacional. Algumas propostas incidiram sobre a arquitetura global do sistema e a governação dos dados; outras centraram-se em fluxos de informação, definições, indicadores e integração de fontes; e outras ainda apontaram para mecanismos concretos de devolução de informação, monitorização local e resposta à necessidade de seguimento.

O *workshop* demonstrou também que existe disponibilidade dos diferentes atores para participar na construção de soluções. A diversidade de participantes permitiu incorporar perspetivas institucionais, clínicas, comunitárias, técnicas e programáticas, contribuindo para aumentar a legitimidade e a aplicabilidade das propostas.

Os resultados detalhados do *workshop*, nomeadamente as propostas resultantes e respetivos detalhes, estão disponíveis no anexo 2.



4. Principais Resultados

4.6. Priorização de propostas

Após o *workshop*, as propostas foram sistematizadas e submetidas a uma ronda de priorização Delphi modificada. Esta fase teve como objetivo hierarquizar as propostas segundo a sua prioridade de implementação e identificar o grau de consenso entre os participantes.

Foram registadas 25 submissões, das quais 21 foram consideradas válidas, após exclusão de uma submissão sem identificação e de três submissões duplicadas. Entre os respondentes válidos encontravam-se representantes de ULS/hospitais, autarquias, setor farmacêutico, ONG/associações, organismos centrais do Ministério da Saúde e peritos externos.

Tabela 8 - Perfil institucional dos respondentes válidos na ronda Delphi

Perfil institucional	n	%
ULS / hospitais	8	38,1
Autarquias	5	23,8
Setor farmacêutico	2	9,5
ONG / associações	2	9,5
Organismos centrais do Ministério da Saúde	2	9,5
Peritos externos	2	9,5
Total	21	100,0

Esta composição permitiu manter, na fase de priorização, uma leitura plural sobre a relevância, exequibilidade, abrangência e prioridade de implementação das propostas resultantes do *workshop*.

Foram avaliadas 11 propostas provenientes das cinco mesas temáticas. A dimensão principal de análise foi a prioridade de implementação, avaliada numa escala de 1 a 5. Foi definido como limiar de consenso formal uma proporção igual ou superior a 80% de classificações 4-5.



4. Principais Resultados

Oito propostas atingiram consenso formal. As propostas mais valorizadas foram:

Tabela 9 - Propostas com consenso formal na ronda de priorização

#	ID	Proposta	Mesa	Média	Classif. 4-5
1	A7	Módulo de informação em VIH	M4	4.62	19/21 (90.5%)
2	A3	Centro de Resposta Integrada	M2	4.52	19/21 (90.5%)
3	A2	Abandono dos cuidados	M1	4.52	18/21 (85.7%)
4	A10	Governança dos dados	M5	4.48	18/21 (85.7%)
5	A1	Rastreio Universal	M1	4.43	19/21 (90.5%)
6	A5	Acesso Longitudinal	M3	4.40	17/20* (85.0%)
7	A9	Governança do Programa	M5	4.33	18/21 (85.7%)
8	A6	Definições Operacionais	M3	4.24	19/21 (90.5%)

* A5: 17/20 por existir uma resposta N/A nesta dimensão.

Definições operacionais.

Os detalhes dos resultados da priorização estão disponíveis no anexo 3.

A leitura global dos resultados mostra que os participantes atribuíram maior prioridade a propostas estruturantes, capazes de responder simultaneamente a problemas de acesso, continuidade dos cuidados e qualidade.



4. Principais Resultados

A proposta de um Módulo de informação em VIH surgiu como prioridade central, refletindo o reconhecimento de que a fragmentação dos sistemas constitui uma barreira crítica à monitorização efetiva do VIH.

O destaque atribuído ao Centro de Resposta Integrada, à monitorização do abandono dos cuidados, ao rastreio universal e ao acesso longitudinal confirma que os stakeholders valorizam soluções que permitam articular níveis de intervenção e acompanhar pessoas ao longo do tempo. A priorização das definições operacionais reforça, por sua vez, que a construção de um sistema mais robusto depende também de uma linguagem comum, sem a qual não é possível comparar, monitorizar ou avaliar adequadamente. Por fim, a priorização das questões relativas à governação dos dados e do programa confirma a necessidade de clarificar responsabilidades e competências dentro do sistema.

A ronda Delphi permitiu, assim, transformar um conjunto amplo de propostas numa agenda mais focada, com prioridades claras para implementação. Esta agenda constitui a base para a *Call to Action* final do projeto.

Importa sublinhar que as propostas que não atingiram consenso formal - Comunicação e Literacia, Dashboards Locais de Monitorização e Comissão Independente - não devem ser interpretadas como áreas sem relevância para a monitorização do VIH em Portugal. Pelo contrário, os resultados sugerem que se trata de domínios em que existe maior heterogeneidade quanto à prioridade relativa, ao momento de implementação ou ao modelo organizativo mais adequado. No caso da Comunicação e Literacia, a ausência de consenso poderá refletir diferentes entendimentos sobre o papel da comunicação na resposta ao VIH e sobre a exequibilidade de ações sustentadas e articuladas. Relativamente aos Dashboards Locais de Monitorização, a apreciação globalmente positiva, embora sem consenso formal, sugere que a sua utilidade poderá depender da consolidação prévia de componentes estruturantes, como um sistema nacional integrado, definições operacionais comuns e mecanismos claros de governação dos dados. Já a proposta de uma Comissão Independente parece exigir maior clarificação quanto ao seu valor acrescentado face às estruturas já existentes, evitando a criação de mecanismos paralelos ou fragmentados. Assim, estas três propostas poderão beneficiar de reformulação, integração noutras medidas prioritárias ou calendarização faseada, sem serem excluídas da reflexão estratégica.



4. Principais Resultados

4.7. Seleção de indicadores

Após o mapeamento de indicadores que deu origem à matriz global e restante desenvolvimento do projeto, procedeu-se a um exercício de seleção, com o objetivo de obter uma matriz operacional, orientada para a tomada de decisão. Esta seleção teve por base critérios de relevância para a monitorização do *continuum* de cuidados, comparabilidade com referenciais internacionais, aplicabilidade ao contexto português, disponibilidade potencial de dados e utilidade. Deste exercício resultou uma matriz com 45 indicadores, dos quais 15 correspondem a um conjunto prioritário, selecionados para apoiar uma operacionalização faseada da matriz e que permitem acompanhar dimensões estruturantes da resposta ao VIH.

Adicionalmente, procedeu-se à análise de correspondência entre a matriz operacional de indicadores e os principais relatórios sobre a infeção por VIH, com o objetivo de identificar os indicadores para os quais já existe informação nacional publicada.



4. Principais Resultados

Tabela 10 - Matriz de indicadores selecionados

Estrutura: 4 eixos · 12 dimensões · 30 categorias · 45 indicadores		Conjunto prioritário
r - reportado	p - reportado parcialmente	n - não reportado
Estrutura	Estado	Indicadores selecionados
EIXO 1 - PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS		
Dimensão 1.1.		Acesso
Categoria 1.1.1		Prevenção com preservativos
		Número de preservativos distribuídos por pessoa em risco por ano
		Cobertura de programas de distribuição de preservativos em populações-chave (%)
Categoria 1.1.2		Profilaxias biomédicas (PrEP/PPE)
		Número de pessoas que iniciaram PrEP
		Cobertura de PrEP em populações elegíveis (%)
		Número de novos episódios de PPE iniciados
Categoria 1.1.3		Redução de danos
		Número de agulhas/seringas distribuídas por pessoa que injeta drogas por ano
		Cobertura de programas de troca/distribuição de agulhas e seringas em pessoas que injetam drogas (%)
Dimensão 1.2.		Resultados
Categoria 1.2.1		Profilaxias biomédicas (PrEP)
		Incidência de VIH em utilizadores de PrEP
		Incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em utilizadores de PrEP
Dimensão 1.3.		Qualidade
Categoria 1.3.1		Profilaxias biomédicas (PrEP/PPE)
		Retenção em PrEP aos 12 meses (%)
		Taxa de conclusão de PPE (%)
Categoria 1.3.2		Redução de danos (NSP)
		Uso de material estéril na última injeção (%)



4. Principais Resultados

Estrutura	Estado	Indicadores selecionados
EIXO 2 - TESTAGEM E DIAGNÓSTICO		
Dimensão 2.1.		Acesso
Categoria 2.1.1		Testagem Convencional
	p	Número total de testes VIH realizados no período
	p	Taxa de testagem VIH
Categoria 2.1.2		Autoteste VIH
	p	Número de autotestes VIH distribuídos
Categoria 2.1.3		Testagem dirigida a populações prioritárias
	n	Proporção de doentes com tuberculose testados para VIH (%)
Dimensão 2.2.		Resultados
Categoria 2.2.1		Estado serológico
	r	Proporção de pessoas que vivem com VIH que conhecem o seu estado serológico (%)
Categoria 2.2.2		Eficiência da estratégia de testagem
	p	Taxa de positividade (%)
Categoria 2.2.3		Diagnóstico precoce e tardio
	r	Diagnósticos tardios (% CD4 <350 células/mm ³)
	r	Doença avançada no diagnóstico (% CD4 <200 células/mm ³)
Dimensão 2.3.		Qualidade
Categoria 2.3.1		Ligação a cuidados
	p	Proporção de pessoas diagnosticadas com VIH ligadas aos cuidados em ≤30 dias (%)
	n	Tempo entre diagnóstico e início da TARV (dias)
Categoria 2.3.2		Qualidade dos dados e vigilância
	n	Completude dos dados (%)
	n	Tempo entre diagnóstico e notificação (oportunidade)
EIXO 3 - TRATAMENTO E CUIDADOS		



4. Principais Resultados

Estrutura	Estado	Indicadores selecionados
Dimensão 3.1.		Acesso
Categoria 3.1.1		Tratamento antirretroviral (TARV)
	p	Proporção de pessoas diagnosticadas com VIH em TARV (%)
	n	Novos iniciantes em TARV
Categoria 3.1.2		Monitorização clínica
	p	Monitorização de carga viral (%)
Dimensão 3.2.		Resultados
Categoria 3.2.1		Supressão viral
	p	Supressão viral em pessoas em TARV (%)
	p	Supressão viral global (%)
Categoria 3.2.2		Morbilidade
	n	Início de TARV com doença avançada (%)
Dimensão 3.3.		Qualidade
Categoria 3.3.1		Gestão do tratamento
	n	Dispensa multimensal de TARV (%)
	n	Repetição de carga viral após valor elevado (%)
Categoria 3.3.2		Retenção em cuidados
	n	Retenção em TARV aos 12 meses (%)
	n	Perda de seguimento em TARV (%)
Categoria 3.3.3		Continuidade de cuidados
	n	Pessoas diagnosticadas sem TARV (%)
EIXO 4 - SEGUIMENTO E MONITORIZAÇÃO		
Dimensão 4.1.		Acesso
Categoria 4.1.1		Saúde materno-infantil
	p	Proporção de grávidas testadas para VIH (%)



4. Principais Resultados

Estrutura	Estado	Indicadores selecionados
	n	Proporção de grávidas que vivem com VIH em TARV (%)
Categoria 4.1.2		Sistemas de Informação
	n	Proporção de serviços com sistema de informação que permite registo de dados individualizados (%)
Dimensão 4.2.		Resultados
Categoria 4.2.1		Transmissão vertical
	r	Taxa de transmissão vertical do VIH (%)
Categoria 4.2.2		Epidemiologia
	r	Número de novos diagnósticos de VIH (ano)
	r	Taxa de novos diagnósticos de VIH
	r	Incidência estimada de VIH
Categoria 4.2.3		Mortalidade
	r	Taxa de mortalidade associada ao VIH/SIDA
Dimensão 4.3.		Qualidade
Categoria 4.3.1		Sistemas de Informação
	n	Proporção de sistemas de informação que integram dados de organizações comunitárias (%)
	p	Proporção de pessoas que vivem com VIH que relatam estigma ou discriminação em serviços de saúde (%)

Por fim, procedeu-se ao cruzamento das propostas priorizadas com os indicadores da matriz operacional, sistematizando os domínios de monitorização visados. Os resultados deste cruzamento estão disponíveis no anexo 4.



5. Mensagens-chave

A análise integrada das diferentes fases do projeto HIVision permite identificar cinco mensagens-chave sobre a monitorização da infeção por VIH em Portugal.

1

Portugal dispõe de dados relevantes, mas permanecem fragmentados

O projeto confirmou que existem múltiplas fontes de informação relevantes para a monitorização da infeção por VIH em Portugal. Existem dados epidemiológicos, clínicos, laboratoriais, farmacêuticos, comunitários e programáticos, que, em conjunto, poderiam permitir uma leitura mais completa da resposta nacional. Contudo, estes dados permanecem dispersos por sistemas, instituições, níveis de cuidados e circuitos operacionais distintos. A fragmentação limita a capacidade de acompanhar pessoas, interpretar trajetórias individuais, medir resultados e apoiar decisões em tempo útil. O problema central não é a ausência de dados, mas antes a ausência de uma arquitetura integrada que permita transformar dados dispersos em informação útil para a ação.

2

A governação dos dados é condição central para transformar informação em decisão

A governação dos dados e da informação emergiu como um dos principais determinantes da capacidade de monitorização. A fragmentação dos sistemas, a ausência de interoperabilidade, a indefinição de responsabilidades e a inexistência de mecanismos claros de coordenação dificultam a utilização plena da informação disponível. A melhoria da monitorização do VIH exige, por isso, um modelo claro de governação, com mandato institucional, responsabilidades definidas, regras de acesso, critérios de qualidade, participação dos diferentes níveis de parceiros e compromisso com a utilização dos dados para decisão. A governação deve articular os níveis político-legislativo, técnico-programático, clínico-operacional e comunitário. Só assim será possível construir uma infraestrutura de informação legitimada, útil e orientada para melhoria da resposta nacional.



5. Mensagens-chave

3

A qualidade, interoperabilidade e retorno dos dados são tão importantes como a sua recolha

O projeto mostrou que a utilidade da informação depende da sua qualidade, comparabilidade, interoperabilidade e retorno aos atores que podem agir sobre ela. Dados incompletos, duplicados, atrasados, não interoperáveis, ou não devolvidos aos profissionais, têm valor limitado. Apesar de servirem para reporte formal, dificilmente sustentam as necessárias melhorias clínicas, organizacionais ou programáticas. O retorno da informação emergiu como uma necessidade transversal. Profissionais, serviços, organizações comunitárias e decisores precisam de receber dados em formatos úteis, como relatórios regulares, *dashboards*, indicadores locais, ou alertas. Sem retorno, a monitorização tende a ser percecionada como burocrática e não como ferramenta de melhoria.

4

A monitorização atual ainda não acompanha o percurso da pessoa

Atualmente, a resposta ao VIH exige acompanhar o percurso da pessoa ao longo de todo o *continuum* de cuidados. O projeto HIVision demonstrou que a monitorização nacional continua demasiado centrada em eventos específicos, nomeadamente o diagnóstico e alguns indicadores de tratamento. Persistem dificuldades em captar longitudinalmente o percurso da pessoa e em distinguir situações como abandono de cuidados, transferência, mobilidade, reentrada ou seguimento nouro contexto. Esta limitação é particularmente relevante porque a infeção por VIH é hoje uma condição crónica. Monitorizar apenas o evento inicial não permite compreender a continuidade dos cuidados, nem identificar pontos de falha ao longo do sistema.



5. Mensagens-chave

5

A prevenção, a testagem, a PrEP e a intervenção comunitária precisam de maior visibilidade

A análise documental, as entrevistas e o *workshop* demonstraram que a monitorização da resposta ao VIH continua mais desenvolvida nas dimensões de diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica do que nas áreas de prevenção, testagem comunitária, PrEP, PPE, redução de danos e intervenção de proximidade. Esta assimetria reduz a capacidade de compreender quem está a ser alcançado pelas estratégias preventivas, quem fica fora da resposta, onde existem barreiras ao acesso e que grupos exigem respostas diferenciadas. Dar maior visibilidade à prevenção e à intervenção comunitária é fundamental para uma resposta orientada para a eliminação do VIH como problema de saúde pública. A monitorização deve permitir observar quem chega ao diagnóstico e ao tratamento, mas também quem poderia beneficiar de prevenção, testagem e ligação precoce aos cuidados.



6. Call to Action

6.1. Da informação à ação: um compromisso nacional para a monitorização do VIH

O projeto HIVision demonstra que Portugal dispõe de condições, nomeadamente dados, experiência técnica, capacidade clínica e envolvimento comunitário, para continuar a evoluir de forma sustentada a monitorização do VIH.

A prioridade é transformar esta capacidade, ainda parcialmente dispersa, numa infraestrutura comum de informação, capaz de acompanhar o percurso das pessoas, orientar decisões e acelerar a resposta de saúde pública.

Mais do que colmatar limitações, o momento atual representa uma oportunidade para consolidar e potenciar capacidades já existentes, colocando-as ao serviço de uma abordagem mais integrada e orientada para a melhoria contínua da resposta.

Este esforço requer liderança clara a nível nacional e compromisso operacional por parte das entidades responsáveis pela prestação de cuidados, gestão e monitorização do VIH.

A próxima etapa exige passar do diagnóstico à implementação. Para isso, a monitorização do VIH deve evoluir de uma lógica fragmentada e centrada no reporte, para uma abordagem dinâmica, integrada, longitudinal, centrada na pessoa e orientada para a ação.

Mais do que observar episódios de doença, trata-se de compreender percursos de cuidados, de acesso e de vida, integrando dimensões clínicas, preventivas e sociais, e permitindo respostas mais precoces, coordenadas e eficazes.

Este compromisso deve mobilizar os níveis político, programático, organizacional, clínico e comunitário. O objetivo é garantir que a informação produzida ao longo do *continuum* de cuidados é utilizada de forma sistemática para melhorar o acesso, os resultados e a qualidade da resposta ao VIH em Portugal.

Sem esta transformação, persistirão fragmentação, perda de oportunidades de intervenção e desigualdades no acesso e nos resultados em saúde.



6. Call to Action

6.2. Prioridades de ação

O HIVision propõe seis prioridades para a próxima fase da monitorização nacional do VIH, organizadas segundo as camadas clássicas de arquitetura de sistemas de informação em saúde, nomeadamente: (i) governação da informação; (ii) arquitetura de sistemas e dados, assegurando interoperabilidade e normalização; (iii) monitorização longitudinal centrada no percurso da pessoa; (iv) integração de dados para promoção da equidade; (v) definição e operacionalização de indicadores de monitorização; e (vi) disponibilização e uso da informação para apoio à decisão e políticas públicas.

Estas prioridades devem ser desenvolvidas de forma articulada, enquanto componentes de um sistema em evolução contínua, orientado para a melhoria sustentada da qualidade, da equidade e dos resultados em saúde.



6. Call to Action

1

Da informação à ação: um compromisso nacional para a monitorização do VIH

A governação da informação constitui a base estruturante de uma monitorização consistente, transparente e orientada para a melhoria contínua.

A primeira prioridade consiste em instituir a camada habilitadora central da arquitetura de informação em VIH. Tal implica definir responsabilidades institucionais, regras de acesso e utilização da informação, critérios de qualidade, mecanismos de proteção de dados e dispositivos de coordenação entre os diferentes atores.

A governação da informação deve articular de forma consistente os níveis político, programático, organizacional, clínico e comunitário. Deve assegurar a coerência do sistema de monitorização, acompanhar a implementação das medidas, promover a interoperabilidade, validar indicadores e garantir a utilização da informação na tomada de decisão.

A operacionalização desta prioridade pressupõe a criação de um modelo formal de governação da informação em VIH, dotado de mandato claramente definido, participação multissetorial e capacidade de acompanhamento concreto da sua implementação, assegurando legitimidade, transparência e utilização efetiva da informação ao serviço da resposta nacional ao VIH.

Este modelo deve ainda promover ciclos regulares de revisão, aprendizagem institucional e ajustamento das práticas, assegurando a sua adaptação contínua a necessidades emergentes.



6. Call to Action

Para tal, propõe-se implementar as seguintes ações:

Tabela 11 - Propostas associadas e primeiros passos para a Prioridade 1

Prioridade: Reforçar e explicitar o modelo nacional de governação da informação em VIH	
Propostas associadas	Primeiros passos
● A9 - Governação do Programa ● A10 - Governação dos dados ● A6 - Definições operacionais	● Consolidar a capacidade técnica de coordenação do Programa Nacional, garantindo recursos, competências e mecanismos de suporte adequados à implementação do modelo de governação. ● Formalizar, por instrumento jurídico e técnico, o modelo nacional de governação da informação em VIH, incluindo responsabilidades institucionais, regras de produção, validação, partilha, acesso e utilização dos dados. ● Atualizar a matriz nacional de monitorização e os respetivos indicadores de progresso, assegurando alinhamento com as prioridades estratégicas e com referenciais internacionais. ● Desenvolver um glossário operacional comum, com participação das entidades relevantes, que estabeleça definições harmonizadas e assegure consistência na produção e interpretação da informação.



6. Call to Action

2

Estruturar e explicitar a arquitetura de informação para o VIH

Esta prioridade visa desenhar e organizar uma arquitetura de informação que assegure, desde a origem, a interoperabilidade, a normalização e a ligação entre fontes de dados epidemiológicas, clínicas, laboratoriais, farmacêuticas, comunitárias e administrativas.

Este desenvolvimento deve também assegurar alinhamento com os referenciais europeus emergentes, nomeadamente no âmbito do Espaço Europeu de Dados de Saúde (EEDS), promovendo uma abordagem interoperável, segura e orientada para a utilização da informação.

A implementação deve ser faseada, partindo de um conjunto inicial de dados e evoluindo progressivamente para uma arquitetura nacional interoperável, longitudinal e centrada na pessoa, e não exclusivamente na doença. No contexto do VIH, a arquitetura deve permitir acompanhar os quatro eixos do *continuum* de cuidados e os respetivos indicadores de monitorização.

A articulação da informação deve permitir reconstruir trajetórias, identificar ruturas no percurso assistencial e evidenciar barreiras de acesso, incluindo em contextos comunitários, com especial atenção às populações-chave.

O sistema deve ser acompanhado por mecanismos regulares de avaliação e por um modelo de boas práticas que promova a melhoria contínua a nível local, comunitário e nacional.



6. Call to Action

Importa concretizar as seguintes ações:

Tabela 12 - Propostas associadas e primeiros passos para a Prioridade 2

Prioridade: Estruturar e explicitar a arquitetura de informação para o VIH	
Propostas associadas	Primeiros passos
● A7 - Módulo de informação em VIH ● A5 - Acesso Longitudinal ● A6 - Definições operacionais ● A10 - Governação dos dados	● Mapear e caracterizar as fontes de dados críticas para a monitorização longitudinal, identificando fluxos, lacunas e pontos de integração prioritários. ● Estabelecer requisitos comuns de interoperabilidade entre fontes clínicas, laboratoriais, farmacêuticas, epidemiológicas e comunitárias, garantindo a sua articulação no sistema de informação. ● Assegurar a integração de definições operacionais comuns e regras claras de produção, validação, acesso e utilização dos dados, promovendo consistência e comparabilidade da informação. ● Definir e operacionalizar um mecanismo de atualização contínua dos dados e indicadores prioritários, alinhado com a arquitetura funcional do módulo nacional de informação em VIH.



6. Call to Action

3

Implementar a monitorização longitudinal centrada no percurso da pessoa

Esta prioridade operacionaliza o princípio da centralidade da pessoa, assentando na arquitetura de informação definida na prioridade anterior e adotando o percurso individual como unidade de análise, no qual o VIH é acompanhado como uma dimensão integrada do percurso da pessoa.

Os sistemas de informação devem permitir acompanhar longitudinalmente o percurso de cuidados, incluindo a ligação e a permanência nos cuidados, o início e a continuidade do tratamento, o seguimento clínico e indicadores de qualidade de vida, superando uma lógica centrada em episódios isolados.

A implementação desta abordagem exige a normalização de definições operacionais críticas, tais como retenção em cuidados, abandono, perda de seguimento, transferência e reentrada, assegurando comparabilidade, consistência e uma leitura sistemática das trajetórias ao longo do tempo.

Esta abordagem permite não apenas monitorizar eventos, mas também identificar padrões ao longo do tempo, antecipar necessidades e apoiar decisões clínicas e organizacionais mais ajustadas ao percurso individual. Deve ainda permitir acompanhar, de forma progressiva, condições associadas ou de particular relevância clínica para as pessoas que vivem com VIH, apoiando a integração dos cuidados.

A monitorização longitudinal deve, assim, articular duas dimensões complementares: por um lado, o acompanhamento do *continuum* específico do VIH; por outro, a integração deste percurso com os restantes cuidados de saúde e respostas sociais relevantes para a pessoa.

Neste contexto, importa favorecer a utilização sistemática da informação em ciclos de melhoria contínua dos percursos assistenciais.



6. Call to Action

Em concreto, deverão realizar-se as seguintes ações:

Tabela 13 - Propostas associadas e primeiros passos para a Prioridade 3

Prioridade: Implementar a monitorização longitudinal centrada no percurso da pessoa	
Propostas associadas	Primeiros passos
● A5 - Acesso Longitudinal ● A7 - Módulo de informação em VIH ● A6 - Definições operacionais ● A2 - Abandono dos cuidados	● Definir e atualizar de forma contínua o modelo de informação necessário para acompanhar longitudinalmente o percurso da pessoa, assegurando a sua adequação às necessidades de monitorização e decisão. ● Articular dados clínicos, laboratoriais, de prescrição e de dispensa de medicação, garantindo a sua integração funcional para acompanhamento do percurso de cuidados ao longo do tempo. ● Assegurar a integração desta informação no módulo nacional de informação em VIH, permitindo uma visão longitudinal consistente e centrada na pessoa. ● Implementar e harmonizar definições operacionais críticas, nomeadamente para retenção em cuidados, perda de seguimento, transferência e reentrada, garantindo comparabilidade e consistência na análise dos percursos. ● Desenvolver mecanismos automáticos e circuitos de sinalização para eventos críticos ao longo do percurso, incluindo atrasos, não comparências e potenciais perdas de seguimento, permitindo intervenção atempada.



6. Call to Action

4

Valorizar e integrar dados comunitários para promover a equidade e orientar a resposta

Esta prioridade é crítica para assegurar que a arquitetura de informação em VIH incorpora e valoriza dados comunitários, contribuindo para objetivos de equidade, literacia e participação comunitária.

A integração de dados comunitários, incluindo os produzidos fora dos circuitos formais de prestação de cuidados, é essencial para identificar populações não alcançadas e barreiras persistentes de acesso, permitindo orientar respostas mais adequadas a populações vulneráveis e grupos com necessidades específicas. Este processo deve ser desenvolvido com salvaguardas éticas e de proteção de dados, assegurando confiança e utilização responsável da informação.

As organizações de base comunitária desempenham um papel central neste processo. A sua articulação com os sistemas de monitorização, com respeito pela confidencialidade e proteção de dados, é determinante para tornar visíveis necessidades, trajetórias e desigualdades que permanecem fora dos circuitos tradicionais, reforçando a capacidade do sistema para ajustar a resposta de forma progressiva.



6. Call to Action

Propõem-se as seguintes ações:

Tabela 14 - Propostas associadas e primeiros passos para a Prioridade 4

Prioridade: Valorizar e integrar dados comunitários para promover equidade e orientar a resposta	
Propostas associadas	Primeiros passos
● A1 - Rastreio Universal ● A3 - Centro de Resposta Integrada ● A10 - Governação dos dados	● Mapear e caracterizar os parceiros comunitários e os respetivos circuitos de rastreio, referenciação e ligação aos cuidados, com especial atenção às populações vulneráveis e menos alcançadas pelos circuitos formais, identificando lacunas, barreiras e oportunidades de integração. ● Definir e harmonizar um modelo comum de informação para a monitorização da testagem, referenciação e entrada em cuidados, assegurando consistência e comparabilidade entre contextos comunitários e serviços de saúde. ● Estabelecer e operacionalizar regras de partilha segura e bidirecional de dados entre ONG/OBC, ULS e estruturas nacionais, garantindo proteção de dados, confiança institucional e utilização efetiva da informação. ● Desenvolver e testar mecanismos de reporte e devolução de informação às entidades comunitárias, assegurando que a informação produzida é útil, acionável e orientada para a melhoria da resposta a nível local.



6. Call to Action

5

Consolidar e operacionalizar a matriz nacional de indicadores de monitorização do VIH

Esta prioridade visa consolidar a matriz de indicadores proposta, assegurando a sua harmonização, operacionalização e utilização sistemática ao longo do percurso de cuidados.

A matriz assenta num modelo multidimensional (eixo, dimensão, categoria e subcategoria), permitindo estruturar a monitorização desde o nível estratégico até ao detalhe operacional.

Deve garantir consistência metodológica, comparabilidade temporal e desagregação relevante, permitindo monitorizar o desempenho do sistema, identificar desigualdades e apoiar a tomada de decisão a diferentes níveis, apoiando não apenas a monitorização, mas também a aprendizagem do sistema e a melhoria contínua das políticas e práticas.

Deverão executar-se as seguintes ações:



6. Call to Action

Tabela 15 - Propostas associadas e primeiros passos para a Prioridade 5

Prioridade: Consolidar e operacionalizar a matriz nacional de indicadores de monitorização do VIH	
Propostas associadas	Primeiros passos
● A10 - Governação dos dados ● A7 - Módulo de informação em VIH ● A6 - Definições operacionais	● Atualizar e consolidar a matriz nacional de indicadores, assegurando alinhamento com referenciais internacionais e com as prioridades nacionais de resposta ao VIH. ● Definir, para cada indicador, a fonte de dados, periodicidade, nível de desagregação, entidade responsável e critérios de qualidade. ● Harmonizar definições operacionais e métodos de cálculo dos indicadores. ● Integrar progressivamente os indicadores prioritários no módulo nacional de informação em VIH e nos produtos regulares de monitorização, assegurando a sua utilização sistemática para apoio à decisão.



6. Call to Action

6

Assegurar o acesso a informação estruturada para apoio à decisão no VIH

Esta prioridade corresponde à camada de serviços de informação, responsável por disponibilizar e devolver informação aos profissionais, serviços, organizações comunitárias e decisores, em formatos úteis à ação e à tomada de decisão.

O retorno da informação deve concretizar-se através de relatórios regulares, painéis de monitorização, indicadores locais, alertas e outros produtos de informação, adaptados aos diferentes níveis e contextos de decisão. Estes instrumentos devem permitir identificar atrasos, perdas de seguimento, desigualdades, oportunidades perdidas, variações territoriais e áreas prioritárias de intervenção.

Ao assegurar um retorno sistemático e orientado para a ação, a utilização da informação deixa de ser percecionada como uma obrigação administrativa, afirmando-se como um instrumento central de aprendizagem contínua, melhoria da qualidade e transformação da resposta em saúde.

Importa implementar as seguintes ações:



6. Call to Action

Tabela 16 - Propostas associadas e primeiros passos para a Prioridade 6

Prioridade: Disponibilizar informação estruturada para apoio à decisão no VIH	
Propostas associadas	Primeiros passos
● A7 - Módulo de informação em VIH ● A5 - Acesso Longitudinal ● A10 - Governação dos dados	● Identificar e definir a informação relevante para cada nível de decisão, nomeadamente ULS, serviços hospitalares, equipas clínicas, saúde pública, organizações comunitárias e decisores locais, para além dos produtos nacionais de monitorização. ● Selecionar indicadores acionáveis e orientados para a decisão clínica, organizacional, comunitária, programática e política. ● Definir e estruturar produtos de informação, incluindo relatórios periódicos, painéis de monitorização e indicadores de alerta. ● Estabelecer perfis de acesso, responsabilidades e regras de utilização da informação, garantindo segurança, confidencialidade e utilização adequada.

6.3. Roteiro faseado para a implementação

Propõe-se um roteiro faseado de implementação, organizado em três níveis de ação, que articulam as dimensões estratégica, tática e operacional do sistema de monitorização do VIH.



6. Call to Action

Tabela 17 - Níveis de ação

Nível de ação	Prioridades	Implementação
Estratégico	Governança, liderança institucional, enquadramento político e compromisso nacional	Estrutura nacional de coordenação com mandato claro; regras de acesso e utilização dos dados; mecanismos de acompanhamento; alinhamento com metas e referenciais internacionais.
Tático	Normalização, planeamento, integração progressiva e definição de instrumentos comuns	Definição e harmonização de indicadores; definições operacionais; mapeamento de fontes; organização de fluxos de dados; plano faseado para o desenvolvimento do módulo nacional de informação em VIH.
Operacional	Utilização prática da informação nos serviços, comunidades e territórios	Painéis de monitorização locais; relatórios regulares; alertas; acompanhamento de percursos individuais; integração de dados de PrEP, testagem comunitária e redução de danos.

Este roteiro deve evoluir também segundo horizontes temporais, permitindo estruturar uma implementação progressiva, orientada para resultados e aprendizagem contínua.

Tabela 18 - Horizontes temporais de implementação

Horizonte	Prioridades
Curto prazo	Estabelecer a estrutura de governança; iniciar a definição e harmonização dos indicadores prioritários; normalizar definições operacionais; mapear fontes críticas de dados; reforçar a visibilidade da prevenção e testagem.
Médio prazo	Integrar fontes de dados prioritárias; desenvolver instrumentos de retorno da informação; monitorizar percursos individuais; consolidar informação relativa a PrEP, testagem comunitária e redução de danos; testar modelos de resposta articulada.
Longo prazo	Consolidar o módulo nacional de informação em VIH, longitudinal e centrado no percurso da pessoa; assegurar a utilização sistemática dos dados para planeamento, avaliação de políticas, alocação de recursos, melhoria da qualidade e redução de desigualdades.



6. Call to Action

6.4. Próximos passos

Neste contexto, o desenvolvimento subsequente do projeto HIVision deverá incluir o desenho operacional dos fluxos de dados, clarificando fontes, responsabilidades, momentos de recolha, mecanismos de interoperabilidade e produtos de informação necessários à tomada de decisão, em articulação direta com os organismos responsáveis e os atores relevantes.

A concretização deste *Call to Action* exige a transformação das prioridades identificadas num plano operacional, faseado e institucionalmente acompanhado.

O processo deve iniciar-se em áreas de maior viabilidade e impacto, permitindo testar soluções, identificar barreiras e consolidar progressivamente uma arquitetura nacional de monitorização do VIH, centrada no percurso da pessoa e orientada para a utilização da informação.

A implementação deverá ser acompanhada por mecanismos regulares de monitorização, avaliação, devolução de informação e ajustamento contínuo.

Tabela 19 - Próximos Passos

Próximos passos	Objetivos
Definir um conjunto mínimo de indicadores	Garantir uma base comum, comparável e orientada para decisão
Mapear fontes e fluxos de dados	Identificar dados disponíveis, lacunas, redundâncias e prioridades de integração
Desenhar o fluxo operacional de informação	Clarificar quem recolhe, quem valida, quem integra, quem analisa e quem utiliza os dados
Testar soluções-piloto	Avaliar exequibilidade, interoperabilidade, qualidade dos dados e utilidade prática
Criar produtos de retorno da informação	Disponibilizar <i>dashboards</i> , relatórios e indicadores úteis aos serviços, comunidades e decisores
Avaliar e escalar progressivamente	Consolidar boas práticas e evoluir para um módulo nacional de informação em VIH, longitudinal e centrado no percurso da pessoa



6. Call to Action

6.5. Da monitorização à transformação da resposta

A resposta ao VIH em Portugal encontra-se num momento decisivo. As metas internacionais exigem manter bons resultados terapêuticos, mas também reforçar a prevenção, garantir acesso equitativo à PrEP, acelerar o diagnóstico precoce, integrar cuidados, reduzir perdas de seguimento e agir sobre desigualdades persistentes.

Para isso, a informação deve deixar de estar dispersa por sistemas, instituições e circuitos paralelos, passando a constituir uma infraestrutura comum de decisão. Essa infraestrutura deve ser tecnicamente robusta, eticamente segura, institucionalmente governada e operacionalmente útil.

O HIVision demonstra que Portugal tem condições para avançar: o conhecimento existe, os atores estão identificados, os problemas estão sistematizados e as propostas foram formuladas e priorizadas. A etapa seguinte exige decisão, coordenação e implementação.

Monitorizar melhor é cuidar melhor, planear melhor e decidir melhor. Mais do que monitorizar a infeção pelo VIH de forma isolada, trata-se de acompanhar o percurso das pessoas ao longo do tempo, no qual o VIH é uma dimensão integrada. É transformar dados em intervenções orientadas para a saúde das pessoas e para a resposta de saúde pública.

O desafio nacional consiste agora em consolidar uma infraestrutura de informação capaz de acompanhar o percurso das pessoas, orientar decisões e sustentar uma melhoria contínua da resposta ao VIH.



7. Referências

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Understanding measures of progress towards the 95-95-95 HIV testing, treatment and viral suppression targets. Geneva: UNAIDS; 2024.
2. United Nations Statistics Division. SDG Indicators Metadata Repository. New York: United Nations; 2025.
3. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infecção por VIH em Portugal - 2025. Lisboa: DGS/INSA; 2025.
4. World Health Organization. Framework for monitoring sexually transmitted infections and strengthening surveillance. Geneva: World Health Organization; 2024.
5. World Health Organization. Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022.
6. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Global AIDS Monitoring 2025*: Indicators and questions for monitoring progress on the 2021 Political Declaration on HIV and AIDS. Geneva: UNAIDS; 2024.
7. World Health Organization. Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Web Annex B: Additional indicators. Geneva: World Health Organization; 2022.
8. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infecção por VIH em Portugal - 2024. Lisboa: DGS/INSA; 2024.
9. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2025 - 2024 data. Stockholm: ECDC; 2025.
10. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2024 - 2023 data. Stockholm: ECDC; 2024.



Índice de Anexos

ANEXO 1

Resultados da análise das entrevistas

ANEXO 2

Resultados do *Workshop*

ANEXO 3

Resultados da ronda de priorização

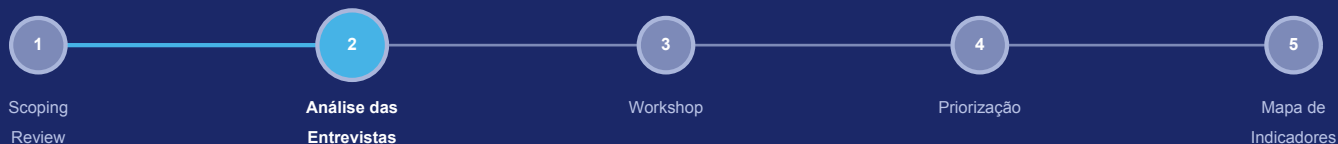
ANEXO 4

Matriz de Indicadores HIVision

ANÁLISE DE ENTREVISTAS

Resultados da análise das entrevistas

Diagnóstico qualitativo sobre a monitorização do VIH em Portugal



Índice

Siglas

1. Sumário e enquadramento

2. Métodos e participantes

3. Resultados por tema

4. Problemas principais

5. Síntese transversal

6. Mapeamento conceptual

7. Limitações

8. Conclusão

03

04-05

06-07

08-15

16

17

18-19

20

21

Índice de quadros e figuras

Quadro 1. Entrevistas realizadas no âmbito do diagnóstico

07

Quadros 2-8. Conteúdos recorrentes por tema analítico

08-15

Quadro 9. Problemas temáticos principais

16

Figura 1. Mapeamento dos sete temas face ao modelo conceptual HIVision

19

Siglas

CSP	Cuidados de Saúde Primários
D1-D3	Dimensões do modelo conceptual HIVision
DGS	Direção-Geral da Saúde
E1-E4	Eixos do modelo conceptual HIVision
GAT	Grupo de Ativistas em Tratamentos
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
MS	Ministério da Saúde
OBC	Organização de Base Comunitária
ONG	Organização Não Governamental
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SI.VIDA	Sistema de informação que permitia a monitorização e acompanhamento de utentes com VIH/SIDA
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
T1-T7	Temas analíticos identificados nas entrevistas
TARV	Tratamento Antirretroviral
ULS	Unidade Local de Saúde
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WS	Workshop

1. Sumário e enquadramento

10

entrevistas

7

temas analíticos

24

códigos no codebook

3

versões da árvore temática

A análise das entrevistas mostra fragilidades persistentes na arquitetura e no uso dos sistemas de informação em VIH: fragmentação estrutural, ausência de visão longitudinal, produção de dados com pouco retorno útil e governação insuficientemente clara.

A análise das entrevistas realizadas no âmbito do projeto HIVision correspondeu à fase de diagnóstico qualitativo sobre a monitorização do VIH em Portugal, antecedendo o momento participativo de formulação de propostas realizado no Workshop com parceiros. O trabalho teve como objetivo identificar limitações dos sistemas de informação existentes, compreender práticas de recolha e utilização de dados e sinalizar necessidades de melhoria com relevância para as etapas seguintes do projeto.

O diagnóstico combinou análise documental e entrevistas semiestruturadas a stakeholders de diferentes níveis do sistema de saúde. Foram realizadas dez entrevistas a representantes de Unidades Locais de Saúde, organismos centrais do Ministério da Saúde, organizações não governamentais/organizações de base comunitária e peritos externos. A análise temática, de natureza híbrida, permitiu consolidar sete temas analíticos e identificar conteúdos recorrentes com expressão transversal no conjunto das entrevistas.

Os resultados mostram que persistem fragilidades importantes na arquitetura e no uso dos sistemas de informação em VIH em Portugal. Entre os problemas mais referidos destacam-se: a fragmentação estrutural dos sistemas de informação; a incapacidade de monitorização longitudinal do percurso da pessoa ao longo do continuum de cuidados; a produção de dados sem retorno e desalinhados com necessidades reais; o desalinhamento entre níveis de intervenção; a falência do SI.VIDA e a ausência de alternativa funcional otimizada descontinuidade do SI.VIDA e ausência de uma solução com funcionalidades alternativas otimizadas; e a existência de práticas informais como sistema paralelo de informação.

1. Sumário e enquadramento

De forma convergente, os participantes apontaram que a melhoria da monitorização do VIH depende não apenas de soluções tecnológicas, mas também de clarificação de responsabilidades, maior coordenação institucional e capacidade de transformar dados em informação útil para profissionais, serviços e decisores. Esta leitura enquadra o diagnóstico como base de trabalho para a co-construção de propostas de intervenção no WS.

O projeto HIVision tem como objetivo contribuir para o reforço da monitorização do VIH em Portugal, através da identificação de limitações existentes e da co-construção de propostas de melhoria com atores relevantes do sistema. A análise das entrevistas correspondeu à fase de diagnóstico qualitativo do projeto, antecedendo o momento participativo de formulação de propostas desenvolvido no WS.

O diagnóstico combinou uma scoping review documental com entrevistas semiestruturadas individuais. O presente relatório sistematiza os resultados das entrevistas, organizando-os em sete temas analíticos e conteúdos recorrentes e enquadrando-os face ao modelo conceptual HIVision, estruturado em quatro eixos do continuum de cuidados e três dimensões analíticas.

2. Métodos e participantes

Abordagem analítica

A análise qualitativa seguiu o referencial de análise temática reflexiva de Braun & Clarke (1).

Foi adotada uma lógica híbrida: por um lado, a leitura foi informada pelo modelo conceptual do projeto HIVision; por outro, incorporou temas emergentes diretamente das entrevistas. O processo incluiu familiarização com o corpus das entrevistas, codificação inicial, revisão iterativa dos códigos, consolidação dos temas e interpretação final dos resultados.

Ao longo da análise foi desenvolvido e refinado um codebook com 24 códigos, organizados em sucessivos ciclos de revisão. Em paralelo, a equipa consolidou uma árvore temática em três versões, permitindo estabilizar os temas com maior robustez analítica e garantir comparabilidade entre entrevistas.

Participantes

Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas individuais, com duração aproximada de 30 minutos, por videoconferência. Os participantes foram selecionados por amostragem intencional, procurando assegurar diversidade institucional. O guião incluiu cinco blocos: enquadramento pessoal e institucional, informação e indicadores, sistemas de informação, estratégias e visão de futuro e contributo para o projeto HIVision.

2. Métodos e participantes

Quadro 1. Entrevistas realizadas no âmbito do diagnóstico.

Código	Perfil institucional	Data
E1	Unidade hospitalar / ULS	6 jan 2026
E2	Unidade hospitalar / ULS	13 jan 2026
E3	Unidade hospitalar / ULS	13 jan 2026
E4	Unidade hospitalar / ULS	19 jan 2026
E5	Unidade hospitalar / ULS	9 fev 2026
E6	Organismo central do MS	9 jan 2026
E7	Organismo central do MS	10 fev 2026
E8	ONG/OBC	9 jan 2026
E9	Perito externo	8 jan 2026
E10	Perito externo	10 fev 2026

1. Braun, V.; Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. Qualitative research in sport, exercise and health, v. 11, n. 4, p. 589-597.

3. Resultados por tema

A análise produziu sete temas analíticos. Para cada tema apresenta-se o respetivo grau de transversalidade (escala 0 - 10), entendido como indicador da frequência com que o tema foi referido pelos participantes. Para complementar a leitura por tema, foram identificados conteúdos recorrentes com expressão transversal no conjunto das entrevistas. Estes tópicos ajudam a perceber quais foram os problemas mais sistematicamente referidos e que, por isso, merecem maior atenção no desenho de respostas futuras.

Importa salientar que os temas identificados refletem as opiniões recolhidas junto dos participantes e devem ser entendidos como contributos para a melhoria contínua da monitorização do VIH em Portugal. A identificação destes desafios evidencia simultaneamente a existência de conhecimento técnico, experiência acumulada e compromisso dos diferentes intervenientes com o fortalecimento dos sistemas de informação e da capacidade de decisão ao longo do continuum de cuidados.

3. Resultados por tema

Quadro 2. Conteúdos recorrentes do Tema 1 - Arquitetura dos Sistemas de Informação.



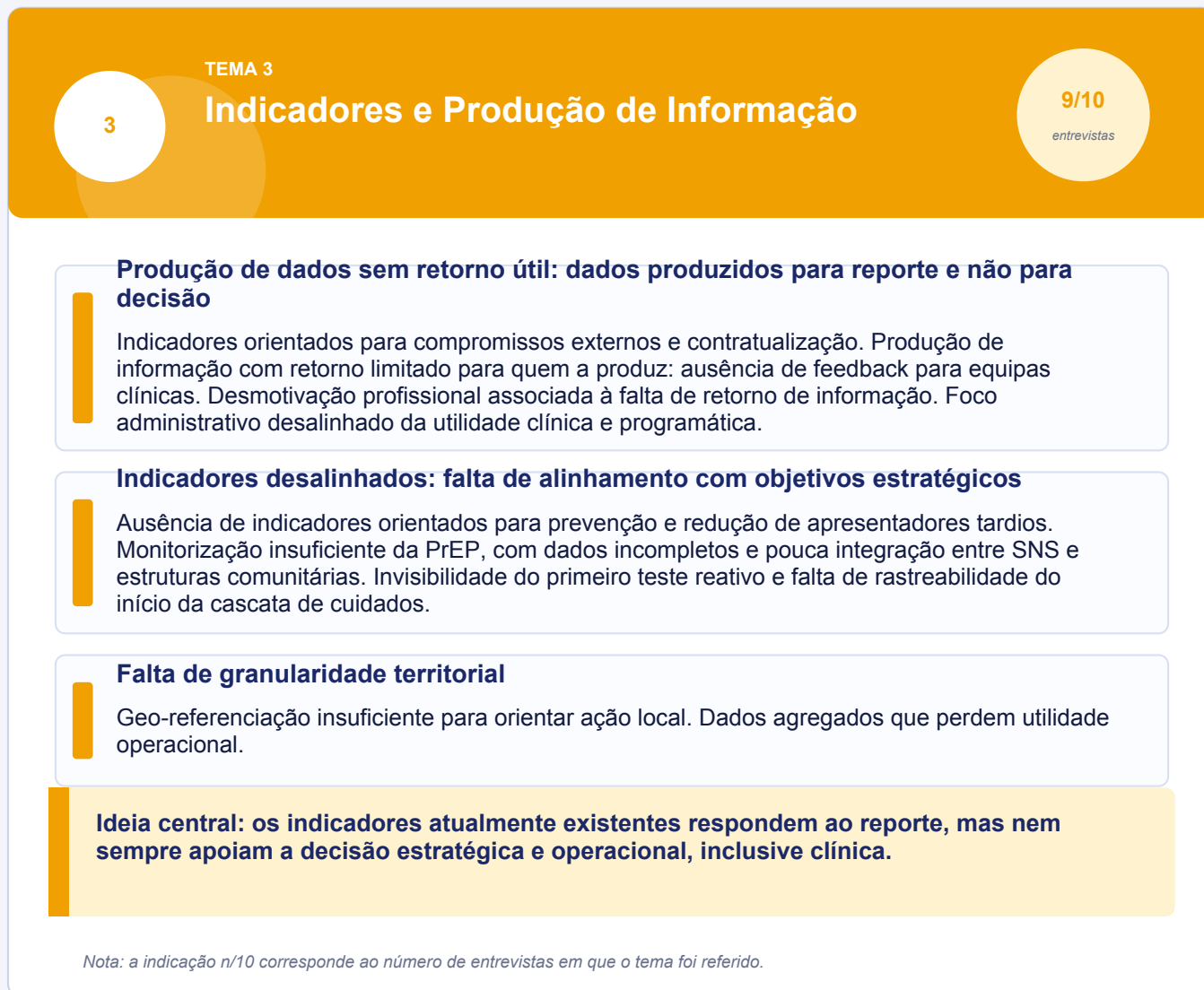
3. Resultados por tema

Quadro 3. Conteúdos recorrentes do Tema 2 - Monitorização Longitudinal do Continuum de Cuidados.



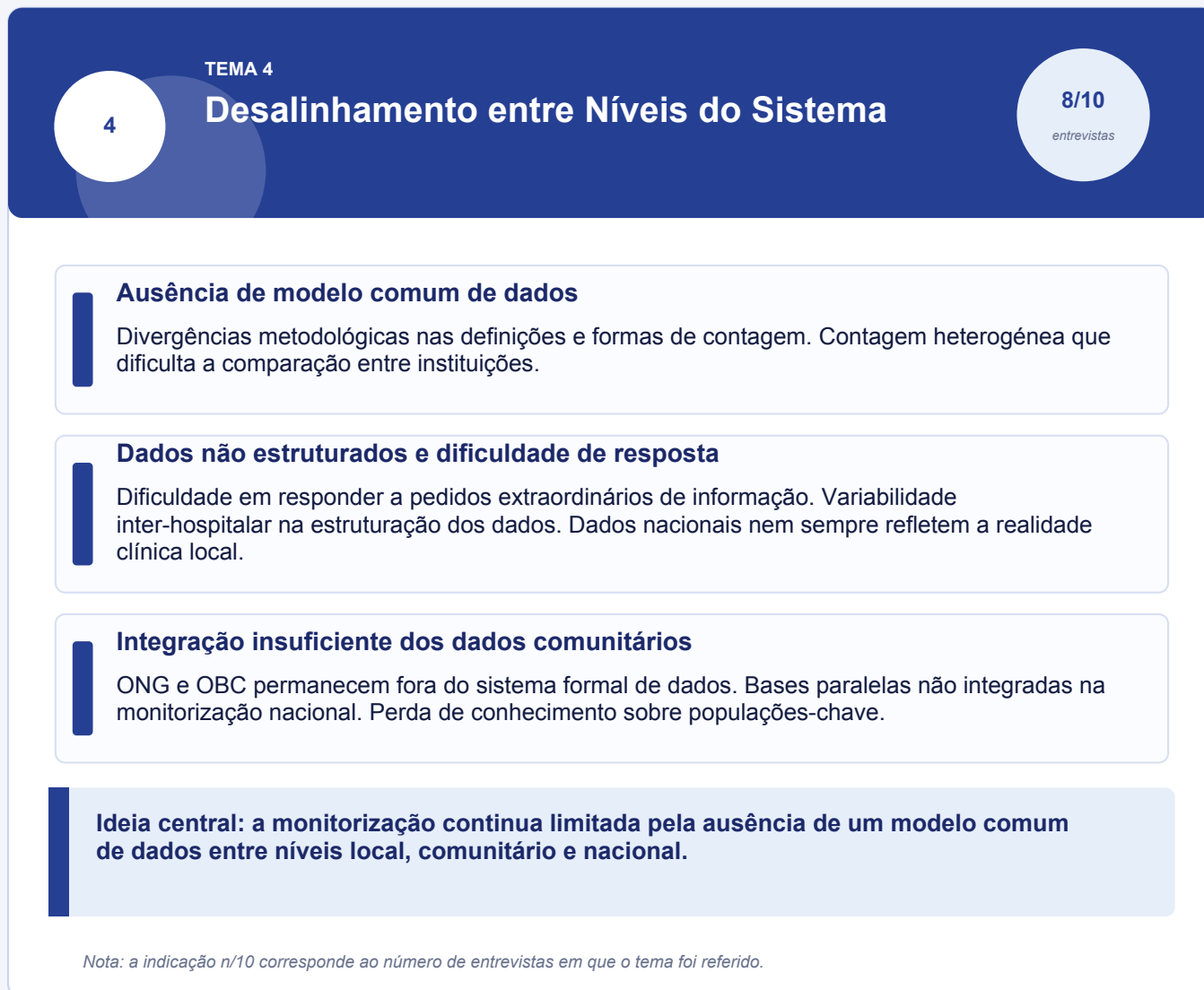
3. Resultados por tema

Quadro 4. Conteúdos recorrentes do Tema 3 - Indicadores e Produção de Informação.



3. Resultados por tema

Quadro 5. Conteúdos recorrentes do Tema 4 - Desalinhamento entre Níveis do Sistema.



3. Resultados por tema

Quadro 6. Conteúdos recorrentes do Tema 5 - Modelos de referência e evolução dos sistemas de informação.



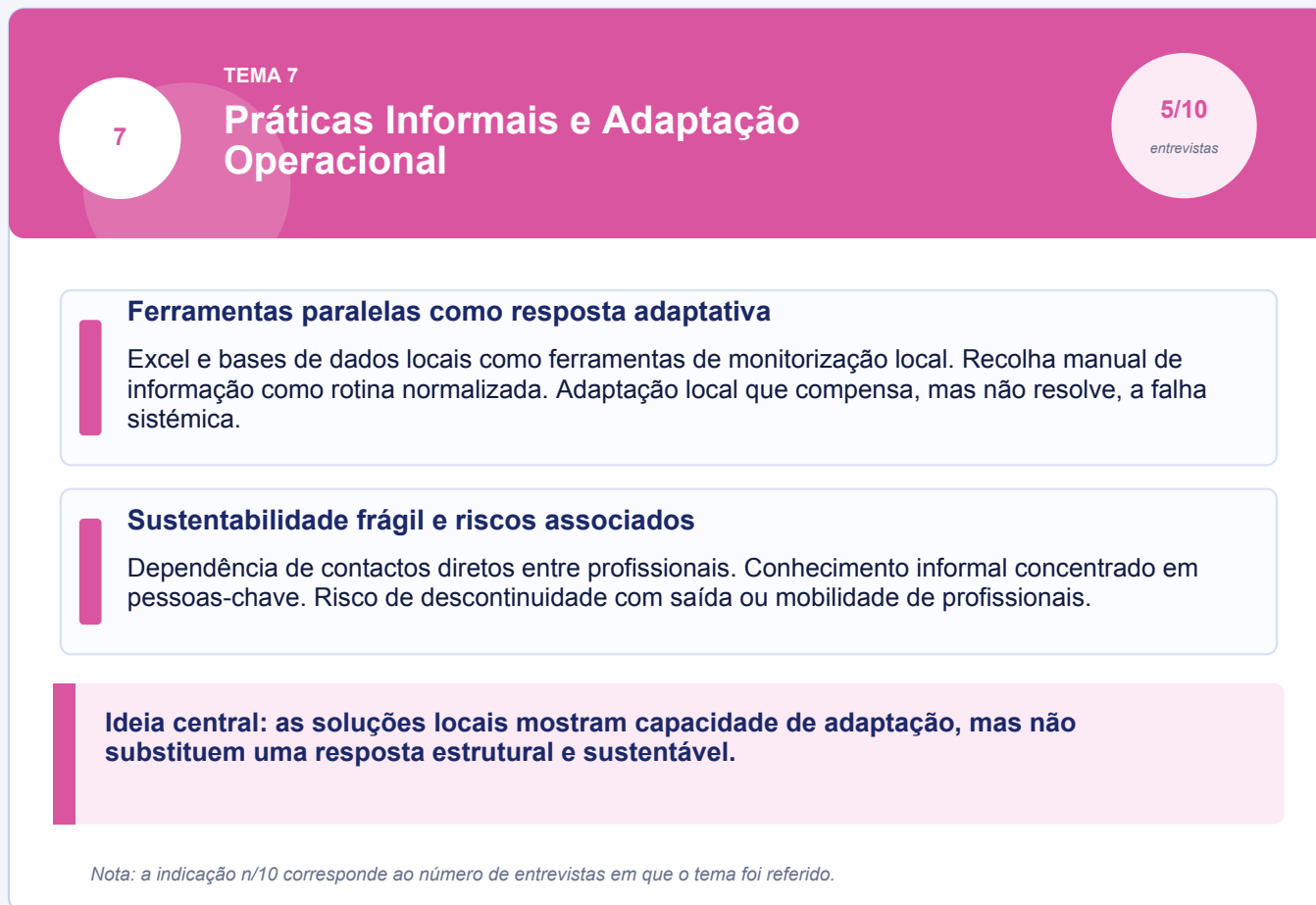
3. Resultados por tema

Quadro 7. Conteúdos recorrentes do Tema 6 - Governação da Informação.



3. Resultados por tema

Quadro 8. Conteúdos recorrentes do Tema 7 - Práticas Informais e Adaptação Operacional.



Leitura transversal

Os temas convergem numa leitura sistémica: a monitorização do VIH depende de dados interoperáveis, retorno útil para os serviços, governação clara e capacidade de acompanhar trajetórias ao longo do tempo.

4. Problemas principais

Quadro 9. Problemas temáticos principais.

#	Problema temático identificado	Entrevistas	Freq.
1	Fragmentação dos sistemas de informação	10/10	100%
2	Incapacidade de monitorização longitudinal (cascata VIH)	9/10	90%
3	Produção de dados sem retorno e indicadores desalinhados das necessidades reais	9/10	90%
4	Desalinhamento entre níveis (comunitário - local - nacional)	8/10	80%
5	Descontinuidade do SI.VIDA e ausência de uma solução com funcionalidades alternativas otimizadas	7/10	70%
6	Governança da informação	6/10	60%
7	Práticas informais como "sistema paralelo"	5/10	50%

5. Síntese transversal

Fragilidade estrutural

Fragilidade estrutural persistente. As limitações identificadas surgem de forma repetida e transversal, não correspondendo a falhas isoladas ou restritas a uma única instituição.

Incidência vs. seguimento

Assimetria entre incidência e seguimento. Portugal dispõe de capacidade relevante para vigilância de novos diagnósticos, mas continua particularmente frágil na monitorização longitudinal, precisamente a dimensão mais crítica numa condição crónica.

Governança

Problema de governação, para além da tecnologia. A integração e a interoperabilidade dependem de liderança, coordenação institucional e definição de responsabilidades. As soluções técnicas são conhecidas; o principal desafio está na sua viabilização organizacional e política.

6. Mapeamento conceptual

O mapeamento dos sete temas analíticos face aos quatro eixos do continuum de cuidados e às três dimensões do modelo conceptual HIVision (ver Relatório Principal do Projeto HIVision) confirma a centralidade das questões relacionadas com seguimento, monitorização e qualidade da informação. Entre os padrões observados, destaca-se o peso do eixo do Seguimento e Monitorização e da dimensão da Qualidade, o que reforça a leitura de que os principais bloqueios identificados se concentram na produção, integração e utilização da informação. Contudo, os impactos propagam-se aos eixos de Testagem e Tratamento, na medida em que impedem uma leitura completa das trajetórias, dos resultados e das desigualdades de acesso.

O Tema 6, relativo à governação da informação, assume particular relevância por estar transversalmente associado aos vários momentos do continuum e às diferentes dimensões analíticas. Esta posição integradora sugere que os restantes problemas, embora frequentemente visíveis ao nível clínico, técnico ou operacional, dependem em larga medida de enquadramentos institucionais e decisórios mais amplos.

6. Mapeamento conceptual

Figura 1. Mapeamento dos sete temas analíticos face ao modelo conceptual HIVision.

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
E1. Prevenção e Redução de Danos						●	
E2. Testagem e Diagnóstico	●		●	●		●	
E3. Tratamento e Cuidados	●	●	●	●	●	●	●
E4. Seguimento e Monitorização	●	●	●	●	●	●	●
D1. Acesso	●	●		●	●	●	●
D2. Resultados	●	●	●	●	●	●	
D3. Qualidade	●	●	●	●	●	●	●

Legenda da Figura 1

Eixos

E1 - Prevenção e Redução de Danos
E2 - Testagem e Diagnóstico
E3 - Tratamento e Cuidados
E4 - Seguimento e Monitorização

Dimensões

D1 - Acesso
D2 - Resultados
D3 - Qualidade

Temas

T1 - Fragmentação estrutural dos sistemas
T2 - Monitorização longitudinal insuficiente
T3 - Produção de dados sem retorno útil
T4 - Desalinhamento entre níveis
T5 - Falência SI.VIDA / ausência de alternativa
T6 - Governação da informação
T7 - Práticas informais como sistema paralelo

7. Limitações

Âmbito da amostra

Os resultados apresentados decorrem de um diagnóstico qualitativo com amostra intencional de dez participantes. Embora tenha sido assegurada diversidade institucional e de nível de intervenção, não foram diretamente incluídos nesta fase alguns atores com papel operacional ou técnico específico, nomeadamente autarquias e alguns organismos centrais. Esta limitação foi mitigada através do envolvimento destes atores em fases anteriores ou posteriores do projeto.

Modalidade e análise

As entrevistas foram realizadas por videoconferência, o que poderá ter limitado a profundidade de alguns momentos de interação. Acresce que a análise temática implica sempre uma componente interpretativa. Esse risco foi mitigado através de revisão iterativa de códigos e temas ao longo de vários ciclos, que permitiu atingir saturação temática para os principais domínios analíticos.

Leitura integrada

Por fim, os resultados do diagnóstico devem ser lidos em articulação com o modelo conceptual previamente desenhado e com as propostas posteriormente desenvolvidas no WS e não como produto isolado. O valor desta fase de diagnóstico qualitativo reside também no seu papel de base analítica para a fase participativa seguinte.

8. Conclusão

A análise das entrevistas permitiu identificar um conjunto consistente de fragilidades na de oportunidades de reforço e desenvolvimento da monitorização do VIH em Portugal, centradas sobretudo na fragmentação dos sistemas de informação, na dificuldade de seguimento longitudinal e na produção de dados sem retorno e com utilidade limitada para decisão clínica, organizacional e estratégica.

As entrevistas mostram que Portugal dispõe de fontes de informação relevantes, mas que estas permanecem dispersas, pouco articuladas e frequentemente dependentes de práticas locais, contactos informais e soluções paralelas. Esta realidade limita a evidencia potencial para reforçar a capacidade de acompanhar o percurso das pessoas ao longo do continuum de cuidados, distinguir perdas reais de seguimento de transferências entre serviços, monitorizar a cascata 95-95-95 em tempo útil e orientar respostas ajustadas às necessidades locais e nacionais.

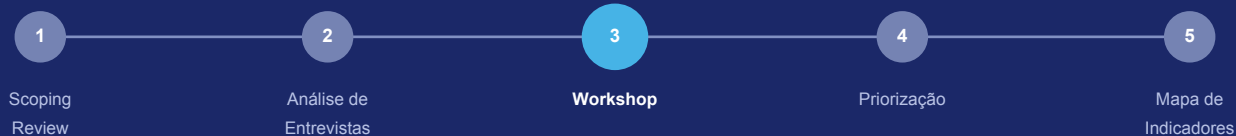
O diagnóstico evidencia ainda que os obstáculos identificados não são exclusivamente tecnológicos. A melhoria da monitorização depende de governação clara, responsabilidades institucionais definidas, harmonização de definições e indicadores, integração entre níveis do sistema e retorno efetivo de informação a profissionais, serviços e decisores.

Esta fase de diagnóstico confirma que o reforço da monitorização do VIH em Portugal exige uma abordagem sistémica e integrada, que permita articular fontes existentes, garantir interoperabilidade, promover utilização efetiva dos dados, monitorizar longitudinalmente o percurso das pessoas com VIH e transformar a informação produzida em suporte para ação clínica e estratégica ao longo do continuum de cuidados.

WORKSHOP

Resultados do Workshop

Propostas de intervenção para reforçar a monitorização do VIH em Portugal



Índice

Índice

Siglas	03
1. Sumário executivo	04-05
2. Desenho do workshop e métodos	06-08
3. Resultados	09-16
4. Discussão estratégica	17-19
5. Limitações	20

Índice de quadros e figuras

Quadro 1. Parceiros auscultados no Diagnóstico Prévio	07
Figura 1. Temas das cinco mesas temáticas do WS	08
Quadro 2. Participantes das Mesas do WS	08
Quadro 3. Agenda do WS	08
Quadro 4. Síntese das 11 propostas de intervenção do WS	10
Quadros 5-9. Propostas das cinco mesas do WS	11-16
Figura 2. Mapeamento das 11 propostas face ao modelo conceptual HIVision	17

Siglas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AFP	Associação de Farmácias de Portugal
ANF	Associação Nacional das Farmácias
BI	Business Intelligence
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DA	Dimensão Acesso
DE-SNS	Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
DQ	Dimensão Qualidade
DR	Dimensão Resultados
E1-E4	Eixos do modelo conceptual HIVision
ENSP-NOVA	Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa
GAT	Grupo de Ativistas em Tratamentos
ICAD	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
MVP	Produto Mínimo Viável
OBC	Organização de Base Comunitária
ONG	Organização Não Governamental
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
SI.VIDA	Sistema de informação que permitia a monitorização e acompanhamento de utentes com VIH/SIDA
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
T1-T7	Temas críticos do modelo conceptual HIVision
ULS	Unidade Local de Saúde
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WS	Workshop

1. Sumário executivo

27

participantes

5

mesas

11

propostas

Mensagem central

O Workshop (WS) do projeto HIVision constituiu a fase de co-construção de propostas de intervenção para reforçar a monitorização do VIH em Portugal, dando continuidade ao diagnóstico prévio por via de análise documental por scoping review e entrevistas a peritos e preparando o momento subsequente de priorização.

Em resumo...

Realizado em Lisboa, a 25 de fevereiro de 2026, o workshop reuniu 27 participantes provenientes de Unidades Locais de Saúde, organismos centrais do Ministério da Saúde, organizações não governamentais e de base comunitária, associações do setor farmacêutico, autarquias e peritos externos.

Organizado em cinco mesas temáticas, o workshop produziu 11 propostas de intervenção distribuídas pelos domínios da monitorização do acesso aos cuidados, prevenção e testagem, tratamento e seguimento, qualidade da informação e dos cuidados e governação do sistema. A discussão foi apoiada por guiões de moderação específicos para cada mesa e por uma folha estruturada de proposta, permitindo recolher contributos de forma sistemática e comparável.

1. Sumário executivo

Síntese dos resultados

Os resultados evidenciam, de forma transversal, a centralidade dos eixos “Testagem e Diagnóstico” e “Tratamento e Cuidados”, bem como a necessidade de produzir informação útil, articulada e devolvida aos profissionais e decisores. As propostas emergentes distribuem-se por dois planos complementares: por um lado, intervenções pragmáticas e de implementação mais imediata ao nível local, como o reforço da monitorização do rastreio, da prevenção do abandono, da replicação de modelos integrados de resposta e do uso de dashboards locais; por outro, propostas estruturais de âmbito nacional, como o desenvolvimento de um sistema integrado de informação, a clarificação de competências institucionais, a formalização da governação dos dados e a criação de mecanismos de monitorização e escrutínio independente.

No seu conjunto, o workshop confirma que os principais desafios da monitorização do VIH em Portugal não são apenas de natureza tecnológica, mas também organizacional, institucional e política. A melhoria da monitorização exige, assim, uma abordagem multinível, capaz de articular o nível comunitário e local com instrumentos nacionais de coordenação, normalização e governação. Os resultados aqui sistematizados servirão de base ao painel Delphi de priorização das propostas.

2. Desenho do workshop e métodos

Enquadramento

O projeto HIVision tem como objetivo contribuir para o reforço da monitorização do VIH em Portugal, através da identificação de limitações existentes e da co-construção de propostas de melhoria com atores relevantes do sistema. O WS correspondeu ao momento participativo de formulação de propostas, sucedendo ao Diagnóstico Prévio e antecedendo uma fase posterior de priorização e consensualização.

O WS foi desenhado como um espaço de trabalho orientado para a transformação de problemas previamente identificados em propostas de intervenção concretas. Para esse efeito, recorreu-se a um formato de mesas temáticas paralelas, centradas em diferentes dimensões do continuum de cuidados e da governação da resposta ao VIH.

O WS integrou a fase de co-construção de propostas do projeto HIVision. Partindo do Diagnóstico Prévio, procurou-se criar um espaço participativo em que diferentes stakeholders pudessem discutir problemas, identificar prioridades e formular propostas com potencial de aplicação prática e relevância estratégica.

Diagnóstico Prévio

O Diagnóstico Prévio combinou duas fontes complementares: análise documental e auscultação de stakeholders através de entrevistas semiestruturadas individuais, com guião, duração aproximada de 30 minutos e transcrição e análise temática. A análise documental incluiu uma scoping review. A auscultação abrangeu organismos centrais do Ministério da Saúde, Unidades Locais de Saúde, peritos externos e organizações não governamentais.

O workshop decorreu em formato presencial, em Lisboa, a 25 de fevereiro de 2026, reunindo 27 participantes provenientes de Unidades Locais de Saúde, organismos centrais do Ministério da Saúde, organizações não governamentais e de base comunitária, associações do setor farmacêutico, autarquias e peritos externos. Os participantes foram distribuídos por cinco mesas temáticas, com o objetivo de assegurar diversidade institucional e profissional.

As mesas incidiram sobre os seguintes domínios: acesso ao longo do continuum, resultados em prevenção e testagem, resultados em tratamento e seguimento, qualidade da informação e dos cuidados e governação do sistema.

2. Desenho do workshop e métodos

Quadro 1. Parceiros auscultados no âmbito do Diagnóstico Prévio.

Organismos do Ministério da Saúde	Unidades Locais de Saúde	ONG e Peritos
• DGS - Direção-Geral da Saúde • INSA - Instituto Ricardo Jorge	• ULS São João - Rosário Serrão • ULS de Coimbra - Cristina Valente • ULS São José - Sara Lino • ULS Amadora/Sintra - Patrícia Pacheco • Hospital de Cascais - Inês Vaz Pinto	• GAT - Luís Mendão • Margarida Tavares (perita externa) • Kamal Mansinho (perito externo)

2. Desenho do workshop e métodos



Figura 1. Temas das cinco mesas temáticas do WS.

Quadro 2. Participantes das Mesas do WS.

Mesa	Moderação	Participantes
Mesa 1. Acesso	Moderador/a: Teresa Magalhães	5
Mesa 2. Prevenção e testagem	Moderador/a: João Pedro Vieira	7
Mesa 3. Tratamento e seguimento	Moderador/a: Rita Tomaz	4
Mesa 4. Qualidade	Moderador/a: Sofia Mariz	6
Mesa 5. Governança do sistema	Moderador/a: Ricardo Mestre	5

Quadro 3. Agenda do WS.

#	Duração	Bloco
1	25 min	Abertura: Apresentação do projeto, resultados iniciais do diagnóstico e objetivos do workshop.
2	45 min	Mesas redondas temáticas: Apresentação e discussão de propostas de intervenção (5 mesas em paralelo).
3	10 min	Coffee break.
4	50 min	Discussão em plenário. Apresentação e debate das propostas de cada mesa.
5	5 min	Encerramento.

3. Resultados

Síntese

O WS produziu 11 propostas de intervenção distribuídas pelas cinco mesas temáticas, cobrindo diferentes momentos do continuum de cuidados e diferentes escalas de intervenção. As propostas incidem sobre problemas de acesso, produção e uso da informação, seguimento clínico, qualidade dos dados e governação do sistema, refletindo a diversidade de perspetivas institucionais presentes no workshop.

De forma geral, os resultados mostram que os participantes tenderam a formular propostas orientadas para a ação, frequentemente ancoradas em problemas operacionais concretos identificados no terreno. Em simultâneo, várias mesas produziram propostas de carácter mais estrutural, de âmbito nacional, associadas à necessidade de clarificar responsabilidades, harmonizar sistemas de informação e reforçar a coordenação entre níveis de decisão. Esta diversidade confirma a utilidade do formato participativo adotado, ao permitir captar simultaneamente necessidades do terreno, propostas de melhoria incremental e orientações estratégicas para transformação do sistema.

3. Resultados

Quadro 4. Síntese das 11 propostas de intervenção resultantes do WS.

ID	Mesa	Domínio	Proposta
A1	Mesa 1	Acesso	Rastreio Universal
A2	Mesa 1	Acesso	Abandono dos cuidados
A3	Mesa 2	Prevenção e testagem	Centro de Resposta Integrada
A4	Mesa 2	Prevenção e testagem	Comunicação e Literacia
A5	Mesa 3	Tratamento e seguimento	Acesso Longitudinal
A6	Mesa 3	Tratamento e seguimento	Definições operacionais
A7	Mesa 4	Qualidade da informação	Módulo de informação em VIH
A8	Mesa 4	Qualidade da informação	Dashboards locais de monitorização
A9	Mesa 5	Governança do sistema	Governança do Programa
A10	Mesa 5	Governança do sistema	Governança dos dados
A11	Mesa 5	Governança do sistema	Comissão Independente

3. Resultados · Mesa 1

A Mesa 1 centrou-se na monitorização das perdas de acesso ao longo do percurso assistencial, desde a testagem e referenciação até ao seguimento e continuidade terapêutica.

Desta mesa emergiram duas propostas complementares: reforçar a universalidade do rastreio e prevenir o abandono dos cuidados.

Quadro 5. Propostas Mesa 1 do WS.

A1 Rastreio Universal	
Descrição	Reforçar a capacidade de monitorização do rastreio, garantindo maior cobertura, com especial enfoque em populações vulneráveis - reclusos, migrantes, trabalhadores do sexo, adolescentes e consumidores de drogas.
Gap que resolve	Acesso insuficiente ao rastreio em populações vulneráveis; heterogeneidade nos circuitos de referenciação.
Responsáveis	ONG/OBC, CSP, ULS (serviços hospitalares e USP), farmácias, autarquias.
1.º passo	Mapear parceiros e circuitos de rastreio existentes; definir modelo mínimo comum de referenciação.
Monitorização	Registo sistemático de rastreios por ULS e por população-chave; relatório semestral de cobertura de rastreio; sistema de notificação de diagnósticos tardios; dashboard de testagem integrado na plataforma nacional.
Âmbito	Local/ULS e comunitário, com componente nacional na harmonização.

A2 Abandono dos cuidados	
Descrição	Acompanhar as perdas no continuum de cuidados, desde a referenciação até ao seguimento e continuidade terapêutica, através de mecanismos de sinalização precoce, reentrada e acompanhamento.
Gap que resolve	Falta de adesão aos cuidados; perdas em diferentes momentos do percurso assistencial.
Responsáveis	ONG/OBC, ULS (serviços hospitalares, CSP), farmácias, ação social local.
1.º passo	Criar circuito de sinalização precoce de não comparência; definir quem sinaliza e recontacta.
Monitorização	Sistema de alerta de não comparência integrado nos sistemas clínicos locais; registo de recontactos e respetivas resoluções; auditoria clínica semestral ao continuum de retenção em cuidados.
Âmbito	Local/ULS e comunitário.

3. Resultados · Mesa 2

A Mesa 2 centrou-se na necessidade de tornar mais mensuráveis, acionáveis e úteis os resultados em prevenção e testagem.

A discussão valorizou respostas mais acessíveis e integradas, bem como estratégias de comunicação e literacia com objetivos mensuráveis.

Quadro 6. Propostas Mesa 2 do WS.

A3 Centro de Resposta Integrada	
Descrição	Avaliar a expansão de um modelo integrado de resposta que aumente a acessibilidade à testagem e garanta articulação imediata com os cuidados após teste reativo/positivo, em estruturas mais acessíveis, especializadas e adequadas à abordagem da sexualidade e das IST.
Gap que resolve	Testagem acessível sem garantia de encaminhamento; fragilidade na ligação entre testagem, confirmação diagnóstica e entrada em cuidados; inadequação de respostas mais formais para algumas populações.
Responsáveis	ULS (serviços hospitalares, CSP), farmácias, ONG/OBC.
1.º passo	Mapear o modelo existente e definir um referencial mínimo para replicação, incluindo circuito entre testagem, confirmação diagnóstica, notificação e entrada em cuidados.
Monitorização	Registo de tempo entre teste reativo e entrada em cuidados; relatório periódico de avaliação do funcionamento dos centros integrados.
Âmbito	Local/ULS, com coordenação nacional.

A4 Comunicação e Literacia	
Descrição	Monitorizar estratégias de comunicação e literacia para a saúde, dirigidas à população geral e a grupos mais vulneráveis, com objetivos mensuráveis e mecanismos de avaliação integrados.
Gap que resolve	Défices de informação, persistência de estigma e insuficiente valorização da prevenção e do diagnóstico ao longo do ciclo de vida; comunicação excessivamente genérica e pouco adaptada a públicos específicos.
Responsáveis	DGS
1.º passo	Elaborar um plano de comunicação e literacia com componentes transversais e segmentadas, definindo públicos prioritários, mensagens-chave, canais adequados a diferentes contextos e, desde o início, os indicadores e instrumentos de monitorização correspondentes.
Monitorização	Inquérito periódico de literacia e conhecimento sobre VIH em públicos-alvo; relatório de avaliação de impacto das campanhas; Monitorização da procura de testagem antes e após intervenções de comunicação.
Âmbito	Nacional/central, com adaptação local.

3. Resultados · Mesa 3

A Mesa 3 focou-se na monitorização longitudinal da pessoa que vive com VIH, com particular destaque na utilidade clínica e de saúde pública dos dados produzidos.

As propostas incidem sobre acesso longitudinal aos resultados e harmonização de definições operacionais.

Quadro 7. Propostas Mesa 3 do WS.

A5 Acesso Longitudinal	
Descrição	Disponibilizar visão integrada e longitudinal dos principais resultados clínicos e laboratoriais, articulando dados baseline, resultados atuais, prescrição e dispensa de medicação.
Gap que resolve	Dificuldade em monitorizar longitudinalmente tratamento e seguimento; monitorização predominantemente retrospectiva.
Responsáveis	SPMS
1.º passo	Definir conjunto mínimo de informação e indicadores; mapear fontes de dados críticas.
Monitorização	Dashboard longitudinal por doente (resultados baseline, atuais, prescrição e dispensa); auditoria periódica de completude do registo clínico; relatório de identificação de perdas de seguimento e reentradas em cuidados.
Âmbito	Nacional/central, com utilização local/ULS.

A6 Definições operacionais	
Descrição	Harmonizar e disseminar definições operacionais comuns para retenção em cuidados, perda de seguimento, transferência e reentrada, a adotar de forma padronizada por todas as ULS, sistemas de informação e relatórios nacionais VIH.
Gap que resolve	Heterogeneidade de critérios entre instituições; impossibilidade de agregar ou comparar dados de seguimento entre ULS; inconsistência nos reportes nacionais; incapacidade de monitorizar a cascata de cuidados de forma fiável e comparável.
Responsáveis	DGS, INSA
1.º passo	Constituir grupo técnico com representação das ULS, do INSA e da DGS para elaborar um glossário operacional mínimo; submeter a consulta alargada; aprovar por circular normativa e integrar nos sistemas de informação.
Monitorização	Existência e adoção formal do glossário operacional; coerência das definições usadas nos relatórios institucionais e no relatório nacional; comparabilidade dos dados de retenção e perda de seguimento entre ULS.
Âmbito	Nacional, com aplicação obrigatória ao nível local.

3. Resultados · Mesa 4

A Mesa 4 incidiu sobre problemas de completude, fiabilidade e utilidade dos dados, bem como sobre sistemas paralelos e ausência de retorno útil da informação.

Desta mesa emergiram propostas centradas num módulo de informação em VIH e em dashboards locais de monitorização.

A7

Módulo de informação em VIH

Descrição	Criar sistema nacional de informação para o VIH com visão longitudinal da pessoa, conjunto mínimo robusto de indicadores e capacidade analítica em diferentes níveis.
Gap que resolve	Ausência de visão nacional integrada; duplicações; fragilidade na ligação entre notificação, seguimento e resultados.
Responsáveis	DGS, SPMS, ACSS.
1.º passo	Fechar conjunto mínimo de dados e indicadores prioritários e alinhar arquitetura funcional do módulo.
Monitorização	Relatório de progresso de implementação com marcos de desenvolvimento e adesão institucional; auditoria de qualidade e completude dos dados; registo atualizado de instituições integradas no sistema.
Âmbito	Nacional/central, com implementação local.

A8

Dashboards locais de monitorização

Descrição	Promover adoção e replicação local de dashboards já existentes, capazes de agregar informação clínica para apoio à decisão, enquanto o sistema nacional não está disponível.
Gap que resolve	Dependência de Excel e sistemas paralelos; dificuldade em extrair indicadores dos sistemas locais.
Responsáveis	ULS/hospitais, equipas de BI, farmácia hospitalar, SPMS, DGS.
1.º passo	Mapear soluções existentes; selecionar experiência-piloto para adaptação e disseminação.
Monitorização	Registo de instituições com dashboard ativo e em uso regular; questionário de avaliação de utilidade às equipas utilizadoras; auditoria comparativa de tempo de produção de informação clínica antes e após implementação.
Âmbito	Local/ULS, com potencial de replicação nacional.

3. Resultados · Mesa 5

A Mesa 5 centrou-se na governação da resposta ao VIH, com destaque para responsabilidades institucionais, regras de acesso e uso de dados e mecanismos de coordenação.

As propostas orientam-se para o reforço programático, governação dos dados e avaliação independente.

Quadro 9. Propostas Mesa 5 do WS.

A9 Governação do Programa	
Descrição	Monitorizar o reforço do Programa Nacional ao nível técnico, operacional e comunicacional e definir de forma explícita o modelo de governação da resposta ao VIH, clarificando papéis, responsabilidades e articulação entre entidades.
Gap que resolve	Fragilidade do modelo de governação vertical; insuficiência de recursos técnicos e humanos; fragmentação institucional, indefinição de papéis e ineficiências por duplicação ou ausência de coordenação.
Responsáveis	MS e DGS
1.º passo	Reforçar equipa de coordenação técnica; criar plano anual de comunicação pública.
Monitorização	Número de profissionais recrutados; execução do plano operacional; publicação regular de outputs.
Âmbito	Nacional/central.

A10 Governação dos dados	
Descrição	Criar enquadramento formal para produção, validação, partilha, acesso e uso dos dados VIH, assente num sistema unificado e num mecanismo regular, transparente e participativo de monitorização e avaliação da resposta.
Gap que resolve	Ausência de sistema de informação abrangente, modelo comum de dados e regras claras de acesso e utilização; falta de monitorização sistemática e ausência de indicadores públicos de progresso sobre a resposta nacional ao VIH.
Responsáveis	MS, DGS, SPMS, ACSS e DE-SNS, em articulação com estruturas da sociedade civil.
1.º passo	Formalizar, por instrumento jurídico e técnico, o modelo de governação e tratamento dos dados; criar grupo de trabalho para definir a matriz nacional de monitorização e os respetivos indicadores de progresso.
Monitorização	Sistema de reporte unificado com registo de taxa de reporte por instituição; auditoria regular de qualidade e completude dos dados VIH; relatório nacional periódico de monitorização da resposta ao VIH; modelo de certificação de boas práticas de monitorização locais (ULS), comunitárias (ONG/OBC) e nacionais (organismos centrais do MS); mecanismo formal de auscultação e participação da sociedade civil;
Âmbito	Nacional/central.

3. Resultados · Mesa 5

Quadro 9. Propostas Mesa 5 do WS.

A11 Comissão Independente	
Descrição	Instituir mecanismo independente de acompanhamento e avaliação científica da resposta ao VIH, com representação autónoma da sociedade civil.
Gap que resolve	Ausência de escrutínio externo estruturado e de avaliação independente das políticas públicas VIH.
Responsáveis	MS, DGS
1.º passo	Constituir formalmente a Comissão Independente e aprovar o respetivo regulamento de funcionamento.
Monitorização	Relatórios anuais; recomendações emitidas; grau de implementação das recomendações.
Âmbito	Nacional/central.

4. Discussão estratégica

4.1 Mapeamento transversal das propostas

A tabela seguinte mapeia as 11 propostas face aos 4 eixos, 3 dimensões e 7 temas do modelo conceptual HIVision, permitindo uma leitura analítica dos padrões de convergência e cobertura entre mesas.

Mesa	Proposta	E1	E2	E3	E4	DA	DR	DQ	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Mesa 1	A1 - Rastreio Universal	✓	✓			✓			✓		✓		✓		
Mesa 1	A2 - Abandono de cuidados		✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓		✓		
Mesa 2	A3 - Centro de Resposta Integrada	✓	✓	✓		✓	✓		✓		✓		✓		
Mesa 2	A4 - Comunicação e literacia	✓	✓			✓	✓						✓		
Mesa 3	A5 - Acesso longitudinal			✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓		✓	
Mesa 3	A6 - Harmonizar Definições Operacionais			✓	✓		✓	✓	✓	✓					
Mesa 4	A7 - Módulo de informação em VIH	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mesa 4	A8 - Dashboards locais			✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓		✓	
Mesa 5	A9 - Governação do Programa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓		✓		✓
Mesa 5	A10 - Governação dos dados	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mesa 5	A11 - Comissão Independente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓				✓

Eixos

E1 - Prevenção e Redução de Danos
E2 - Testagem e Diagnóstico
E3 - Tratamento e Cuidados
E4 - Seguimento e Monitorização

Dimensões

DA - Acesso
DR - Resultados
DQ - Qualidade

Temas

T1 - Fragmentação estrutural dos sistemas
T2 - Incapacidade monitorizar cascata
T3 - Produção de dados sem retorno / indicadores desalinados
T4 - Desalinhamento entre níveis
T5 - Falência SI.VIDA / ausência de alternativa
T6 - Governação da informação
T7 - Práticas informais como sistema paralelo

Figura 2. Mapeamento das 11 propostas face aos 4 eixos, 3 dimensões e 7 temas do modelo conceptual HIVision.

4. Discussão estratégica

Temas estruturantes

A leitura transversal das 11 propostas evidencia uma forte concentração nos eixos da Testagem e Diagnóstico e do Tratamento e Cuidados, presentes em 8 propostas cada. Este padrão sugere que, para os participantes, o principal núcleo problemático da monitorização do VIH em Portugal se situa na articulação entre identificação, entrada em cuidados e acompanhamento subsequente, mais do que em momentos isolados do continuum. De forma convergente, a dimensão Resultados foi a mais representada, refletindo uma preocupação alargada com a produção de informação útil para apoiar decisões clínicas, organizacionais e programáticas.

Entre os temas críticos previamente identificados no diagnóstico, destacam-se sobretudo a produção de dados sem retorno útil e o desalinhamento entre níveis de atuação, os quais reaparecem de forma recorrente nas diferentes mesas. Esta convergência sugere que os participantes percecionam a monitorização do VIH não apenas como um problema de infraestrutura técnica, mas como uma questão de articulação entre produção, circulação, utilização e devolução da informação aos vários atores do sistema.

Tópicos menos abordados

Alguns temas do modelo conceptual surgem com menor expressão nas propostas finais, nomeadamente a incapacidade de monitorização da cascata de cuidados, a persistência de práticas informais e a falência de soluções anteriormente utilizadas. Esta menor cobertura não deverá ser interpretada como sinónimo de menor importância substantiva. Mais provavelmente, reflete o facto de estes temas serem mais técnicos, menos imediatamente mobilizadores em contexto participativo e mais concentrados nas mesas com perfil técnico-institucional.

4. Discussão estratégica

Quadro 10. Tipologia das propostas segundo lógica de intervenção: estrutural (médio/longo prazo) vs. pragmática (curto prazo/local).

Propostas estruturais (médio/longo prazo)

- A7 - Módulo de informação em VIH
- A9 - Governação do Programa
- A10 - Governação dos dados
- A11 - Comissão Independente

Propostas pragmáticas (curto prazo / local)

- A1 - Rastreio Universal
- A2 - Abandono dos Cuidados
- A3 - Centro de Resposta Integrada
- A4 - Comunicação e literacia em saúde
- A6 - Acesso longitudinal
- A8 - Dashboards locais de monitorização

Escalas de intervenção e dependências institucionais

As propostas distribuem-se por diferentes escalas de intervenção. As mesas 1 e 2 produziram sobretudo propostas relacionadas com o nível local e comunitário, centradas em acessibilidade, testagem, referenciação e retenção em cuidados. As mesas 4 e 5 concentraram-se em propostas predominantemente nacionais, ligadas à arquitetura dos sistemas de informação, governação e regulação. A mesa 3 ocupa uma posição intermédia, ao propor uma solução nacional na arquitetura, mas dependente de utilização clínica e operacional ao nível local.

Esta distribuição reforça a ideia de que a melhoria da monitorização do VIH em Portugal depende de uma abordagem multinível. Nem a centralização normativa, por si só, nem a inovação local isolada parecem suficientes para responder aos problemas identificados. O workshop aponta, antes, para a necessidade de articular instrumentos nacionais de governação com capacidade institucional intermédia e soluções enraizadas nas práticas e necessidades locais, no terreno.

5. Limitações

Limitações

Os resultados apresentados decorrem de um único workshop participativo, com número limitado de participantes e composição heterogénea entre mesas. Embora a diversidade institucional presente constitua uma mais-valia, a distribuição desigual de perfis e experiências entre grupos poderá ter influenciado o nível de detalhe, maturidade e orientação de algumas propostas.

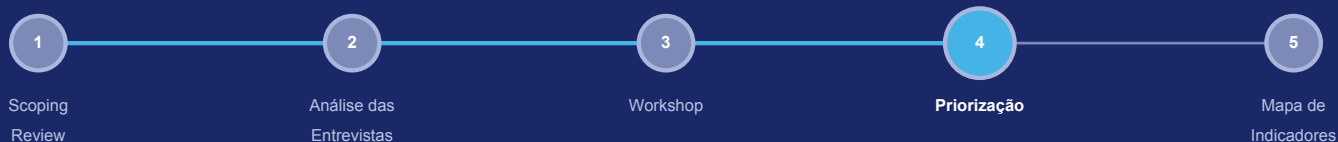
Em segundo lugar, as propostas sistematizadas neste relatório correspondem a formulações consolidadas pela equipa do projeto a partir dos materiais produzidos pelos participantes nas mesas e no plenário. Ainda que este processo tenha procurado preservar o conteúdo substantivo das discussões, a harmonização introduz inevitavelmente nível adicional de interpretação analítica.

Por fim, importa sublinhar que os resultados devem ser lidos como contributos estruturados de stakeholders num exercício de co-construção e não como posições formalmente validadas ou consensualizadas por todas as instituições envolvidas. O painel Delphi assume, neste contexto, um papel central na priorização, clarificação e eventual consolidação das propostas emergentes.

PRIORIZAÇÃO

Resultados da ronda de priorização

Propostas de intervenção para a monitorização do VIH em Portugal



Índice

Siglas

1. Nota Metodológica

2. Ranking por Prioridade de Implementação

3. Análise em quatro dimensões

4. Impacto vs Exequibilidade

5. Resultados

6. Análise aos comentários

7. Conclusão

03

04

05-06

07-08

09-11

12-15

16-20

21

Índice de quadros e figuras

Quadro 1. Distribuição dos respondentes válidos por tipologia institucional

04

Quadro 2. Ranking das 11 propostas por prioridade de implementação

05

Quadro 3. Agrupamento das propostas por nível de prioridade e consenso

06

Quadro 4. Síntese das quatro dimensões avaliadas por proposta

08

Tabela 1. Propostas com diferencial impacto esperado-exequibilidade positivo

10

Figura 1. Matriz impacto esperado × exequibilidade

11

Quadro 5. Síntese temática dos comentários

18-19

Quadro 6. Síntese dos comentários gerais por perfil institucional

20

Siglas

A1-A11	Propostas de intervenção avaliadas na ronda de priorização
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ENSP-NOVA	Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa
HSH	Homens que têm Sexo com Homens
IQR	Intervalo Interquartil
M1-M5	Mesas temáticas do Workshop
MS	Ministério da Saúde
N/A	Não Aplicável
OBC	Organização de Base Comunitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
QdV	Qualidade de Vida
RSE	Registo de Saúde Eletrónico
SNS	Serviço Nacional de Saúde
ULS	Unidade Local de Saúde
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

1. Nota Metodológica

25

submissões

21

respostas válidas

11

propostas avaliadas

8

com consenso

17/21

limiar formal

Como foi construída a análise

Base final

32 convites remetidos; 25 submissões registadas; 21 consideradas válidas após exclusão de uma submissão sem identificação e de três submissões duplicadas. Taxa de resposta: 65,6%.

Âmbito da análise

11 propostas resultantes do Workshop 1 do projeto HIVision, centradas na dimensão 'Prioridade de implementação', avaliada numa escala de 1 a 5.

Medidas utilizadas

Mediana como base do ranking; média para ordenação fina; IQR como indicador de dispersão; percentagem de classificações 4-5 como critério formal de consenso.

Critério de consenso

Limiar formal definido como pelo menos 80% de classificações 4 ou 5. Com N=21, corresponde a um mínimo de 17 classificações elevadas.

Principais resultados

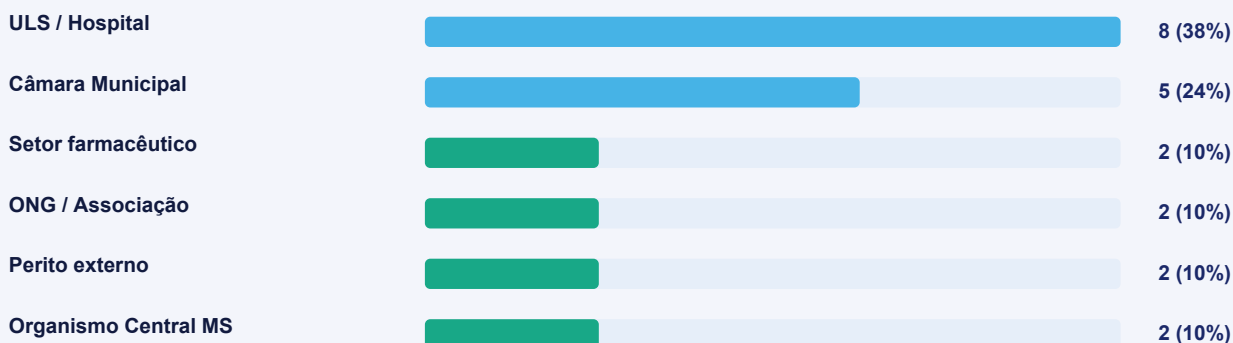
Foram remetidos 32 convites à participação no exercício de priorização e registadas 25 submissões, das quais 21 foram consideradas válidas, após exclusão de uma submissão sem identificação e de três submissões duplicadas, mantendo-se, nestes casos, a versão mais recente - taxa de resposta de 65,6%.

A análise incide sobre 11 propostas resultantes do Workshop 1 do projeto HIVision e centra-se na dimensão 'Prioridade de implementação', avaliada numa escala de 1 a 5.

Foi definido como limiar formal de consenso a existência de pelo menos 80% de classificações 4 ou 5. Considerando o painel global de 21 respondentes, este limiar corresponde a um mínimo de 17 classificações elevadas. Sempre que existiram respostas N/A numa proposta ou dimensão específica, a percentagem foi calculada sobre o número de respostas válidas para essa análise.

A priorização identificou oito propostas com consenso formal. As três propostas mais bem classificadas foram o Módulo de informação em VIH, o Centro de Resposta Integrada e a monitorização do Abandono dos Cuidados. Três propostas não atingiram consenso formal: Comunicação e Literacia, Dashboards Locais de Monitorização e Comissão Independente.

Composição institucional das respostas válidas



Quadro 1. Distribuição dos 21 respondentes válidos por perfil de participação. Dados recolhidos entre 8 e 29 de abril de 2026.

2. Ranking por Prioridade de Implementação

Quadro 2. Ranking das 11 propostas por prioridade de implementação (N=21).

#	ID	Proposta	Mesa	Média	IQR	Classif. 4-5	Cons.
1	A7	Módulo de informação em VIH	M4	4.62	1	19/21 (90.5%)	SIM
2	A3	Centro de Resposta Integrada	M2	4.52	1	19/21 (90.5%)	SIM
3	A2	Abandono dos cuidados	M1	4.52	1	18/21 (85.7%)	SIM
4	A10	Governança dos dados	M5	4.48	1	18/21 (85.7%)	SIM
5	A1	Rastreio Universal	M1	4.43	1	19/21 (90.5%)	SIM
6	A5	Acesso Longitudinal	M3	4.40	1	17/20* (85.0%)	SIM
7	A9	Governança do Programa	M5	4.33	1	18/21 (85.7%)	SIM
8	A6	Definições Operacionais	M3	4.24	1	19/21 (90.5%)	SIM
9	A4	Comunicação e Literacia	M2	3.81	2	13/21 (61.9%)	NÃO
10	A8	Dashboards locais de monitorização	M4	3.86	1	15/21 (71.4%)	NÃO
11	A11	Comissão Independente	M5	3.29	1	10/21 (47.6%)	NÃO

* A5: 17/20 por existir uma resposta N/A nesta dimensão.

2. Ranking por Prioridade de Implementação

Quadro 3. Agrupamento das propostas por nível de prioridade e consenso.

Alta prioridade com consenso robusto

Mediana 5 - consenso formal atingido - IQR = 1

A7 Módulo de informação em VIH

A3 Centro de Resposta Integrada

A2 Abandono dos cuidados

A10 Governação dos dados

A1 Rastreio Universal

A5 Acesso Longitudinal

Prioridade elevada com consenso formal

Mediana 4 - percentagem 4-5 acima do limiar de 80%

A9 Governação do Programa

A6 Definições Operacionais

Relevância sem consenso

Percebidas como importantes, mas com maior heterogeneidade na prioridade relativa.

A4 Comunicação e Literacia - 61,9%

A8 Dashboards locais - 71,4%

A11 Comissão Independente - 47,6%

2. Ranking por Prioridade de Implementação

Quadro 3. Agrupamento das propostas por nível de prioridade e consenso (continuação).

Leitura

O núcleo das propostas consensuais combina infraestrutura de informação, resposta integrada, continuidade dos cuidados, governação dos dados, rastreio e harmonização operacional. Demonstra que os problemas não são meramente tecnológicos.

3. Análise em quatro dimensões

Análise em quatro dimensões

A análise comparativa das quatro dimensões avaliadas mostra que a exequibilidade é, de forma consistente, a dimensão com classificações mais baixas. Nenhuma proposta atingiu mediana 5 nesta dimensão, o que sugere que o painel reconhece dificuldades relevantes de implementação, mesmo em propostas consideradas prioritárias.

As propostas de natureza mais estrutural e de âmbito nacional, como o Módulo de informação em VIH e a Governação do Programa, apresentam impacto e prioridade elevados, mas exequibilidade mais moderada. Este padrão é particularmente evidente em A7 e A9, ambas com mediana de exequibilidade 3,0. A Governação dos Dados apresenta uma perceção de exequibilidade ligeiramente mais favorável, com mediana 4,0, embora continue a depender de condições institucionais e operacionais relevantes.

Em contraste, propostas mais próximas da operacionalização local ou da prática assistencial, como o Centro de Resposta Integrada, o Abandono dos Cuidados e as Definições Operacionais, apresentam um perfil mais equilibrado entre impacto, exequibilidade e escala. Este resultado sugere que o painel valoriza simultaneamente propostas estruturantes de âmbito nacional e medidas com maior potencial de implementação pragmática.

A Comunicação e Literacia apresenta a maior dispersão nas respostas, com IQR de 2 e 61,9% de classificações 4-5, refletindo maior heterogeneidade na perceção da sua prioridade relativa. Os Dashboards Locais de Monitorização, embora apresentem IQR de 1, não atingem consenso formal, com 71,4% de classificações 4-5. A Comissão Independente é a única proposta com mediana de prioridade inferior a 4, apresentando mediana 3,0 e 47,6% de classificações 4-5.

3. Análise em quatro dimensões

Quadro 4. Síntese das quatro dimensões avaliadas por proposta.

#		Impacto esperado		Exequibilidade		Escala / Abrangência		Prioridade de implementação	
		Med.	Classif. 4-5	Med.	Classif. 4-5	Med.	Classif. 4-5	Med.	Classif. 4-5
1	A7 Módulo de informação em VIH	5.0	95%	3.0	48%	4.0	91%	5.0	91%
2	A2 Abandono dos cuidados	5.0	95%	4.0	52%	4.0	81%	5.0	86%
3	A3 Centro de Resposta Integrada	5.0	91%	4.0	70%	4.0	91%	5.0	91%
4	A10 Governança dos dados	5.0	91%	4.0	57%	4.0	91%	5.0	86%
5	A1 Rastreio Universal	4.0	86%	4.0	62%	4.0	76%	5.0	91%
6	A5 Acesso Longitudinal	5.0	86%	4.0	52%	5.0	76%	5.0	85%
7	A9 Governança	4.0	91%	3.0	43%	4.0	80%	4.0	86%
8	A6 Definições Operacionais	4.0	91%	4.0	52%	4.0	91%	4.0	91%
9	A8 Dashboards locais	4.0	71%	4.0	57%	4.0	62%	4.0	71%
10	A4 Comunicação e Literacia	4.0	62%	4.0	62%	4.0	62%	4.0	62%
11	A11 Comissão Independente	4.0	57%	4.0	52%	3.0	45%	3.0	48%

Med. = mediana. Classif. 4-5 = percentagem de classificações 4 ou 5 entre respostas válidas.

4. Impacto vs Exequibilidade

Impacto vs Exequibilidade

O diferencial entre impacto esperado e exequibilidade permite identificar propostas percecionadas como altamente relevantes, mas potencialmente mais difíceis de implementar. Estas propostas podem ser entendidas como 'desejáveis, mas exigentes', exigindo condições habilitadoras prévias para a sua operacionalização.

O Módulo de informação em VIH apresenta o maior diferencial, com impacto mediano de 5,0 e exequibilidade mediana de 3,0. Este resultado sugere que, embora seja reconhecido como uma proposta central para a monitorização do VIH em Portugal, a sua implementação dependerá de investimentos significativos em interoperabilidade, governação dos dados, articulação institucional e capacidade técnica.

As propostas relativas ao Abandono dos Cuidados, Centro de Resposta Integrada e Acesso Longitudinal apresentam diferenciais mais moderados, mas ainda relevantes. Nestes casos, o painel parece reconhecer elevado impacto, mas também a necessidade de reforçar mecanismos de articulação entre hospitais, cuidados de saúde primários, organizações de base comunitária e sistemas de informação.

A Governação do Programa apresenta igualmente um diferencial de 1.0 entre impacto e exequibilidade, refletindo a importância atribuída à coordenação programática, mas também a necessidade de clarificar responsabilidades institucionais, mecanismos de acompanhamento e capacidade de implementação.

Diferencial

Diferencial = mediana do impacto esperado - mediana da exequibilidade. Valores positivos identificam propostas consideradas relevantes, mas mais exigentes de operacionalizar.

4. Impacto vs Exequibilidade

Tabela 1. Propostas com diferencial impacto esperado-exequibilidade positivo.

Proposta	Impacto	Exequibilidade	Diferencial	Leitura
A7 Módulo de informação em VIH	5.0	3.0	+2.0	Maior diferencial entre relevância e condições de operacionalização.
A2 Abandono dos cuidados	5.0	4.0	+1.0	Dependente de articulação entre hospitais, comunidade e sistemas de informação.
A3 Centro de Resposta Integrada	5.0	4.0	+1.0	Prioridade elevada com exigências de coordenação e capacidade operacional.
A5 Acesso Longitudinal	5.0	4.0	+1.0	Proposta estruturante, dependente da integração de dados hospitalares e ambulatoriais.
A9 Governação	4.0	3.0	+1.0	Requer clarificação de responsabilidades e mecanismos de acompanhamento.

4. Impacto vs Exequibilidade

Figura 1. Matriz impacto esperado × exequibilidade, com zoom na zona de concentração das medianas.



5. Resultados

5.1. Infraestrutura, acesso e continuum de cuidados como prioridades centrais

O ranking final evidencia uma preferência clara e consistente por propostas orientadas para o reforço da capacidade estrutural do sistema de monitorização do VIH, numa lógica integrada, longitudinal e acionável. Seis propostas atingiram mediana 5, resultado particularmente expressivo numa escala de 1 a 5, traduzindo um elevado grau de alinhamento do painel em torno de um conjunto alargado de prioridades estruturantes.

No topo do ranking destaca-se o Módulo de informação em VIH (A7), com a média mais elevada de todas as propostas avaliadas: 4,62, e 90,5% de classificações 4-5. Este resultado confere centralidade à necessidade de uma infraestrutura nacional de informação capaz de integrar dados, apoiar a monitorização contínua e produzir conhecimento útil para a decisão.

Seguem-se o Centro de Resposta Integrada (A3) e a proposta relativa ao Abandono dos Cuidados (A2), ambas com mediana 5 e média de 4,52. A3 atinge 90,5% de classificações 4-5, enquanto A2 alcança 85,7%. A proximidade entre estas propostas sugere que o painel reconhece, simultaneamente, a importância de modelos de resposta integrada e a necessidade de reforçar a capacidade de identificar, acompanhar e prevenir perdas no continuum de cuidados.

Neste grupo incluem-se ainda a Governação dos Dados (A10), com média de 4,48 e 85,7% de classificações 4-5, o Rastreio Universal (A1), com média de 4,43 e 90,5% de classificações 4-5, e o Acesso Longitudinal (A5), com média de 4,40 e 85,0% de classificações 4-5.

A leitura conjunta destas seis propostas aponta para uma conclusão substantiva: o painel não hierarquiza de forma rígida entre informação, acesso, resposta integrada e acompanhamento longitudinal. Pelo contrário, parece reconhecer estas dimensões como interdependentes e igualmente necessárias para uma resposta sistémica ao VIH. A melhoria da monitorização não é vista apenas como uma questão técnica, mas como uma condição para transformar a capacidade do sistema em identificar necessidades, acompanhar percursos e atuar de forma mais coordenada.

5. Resultados

5.2. Governação programática e definições operacionais como condições de consolidação

A Governação do Programa (A9) e as Definições Operacionais (A6) completam o conjunto de propostas que atingiram consenso formal. Embora apresentem mediana 4,0, ambas ultrapassam o limiar de 80% de classificações 4-5, confirmando a sua relevância no quadro global de prioridades.

A9 obteve média de 4,33 e 85,7% de classificações 4-5. Este resultado traduz um reconhecimento amplo da importância de uma governação programática clara, com responsabilidades definidas, capacidade de coordenação e mecanismos de acompanhamento.

A6, por sua vez, apresenta média de 4,24 e 90,5% de classificações 4-5. Este resultado sublinha a importância atribuída à harmonização de conceitos, definições, métricas e indicadores. A existência de definições operacionais partilhadas surge como requisito essencial para garantir comparabilidade entre instituições, qualidade da monitorização e capacidade de avaliação do desempenho do sistema.

A leitura integrada de A9 e A6 com as propostas do grupo de topo sugere que a infraestrutura técnica, por si só, não é suficiente. A implementação de um sistema nacional integrado, a monitorização do abandono dos cuidados ou o acompanhamento longitudinal dependem de uma arquitetura institucional clara, de regras comuns de produção e utilização de dados, e de definições suficientemente estabilizadas para permitir leitura, comparação e ação.

5. Resultados

5.3. Propostas sem consenso - maior heterogeneidade

Três propostas não atingiram o limiar formal de consenso de 80% de classificações 4-5: Comunicação e Literacia (A4), Dashboards Locais de Monitorização (A8) e Comissão Independente (A11).

A4 e A8 mantêm mediana 4,0, o que indica que não foram rejeitadas pelo painel. No entanto, a proporção de classificações elevadas foi inferior ao limiar definido, sugerindo maior heterogeneidade na perceção da sua prioridade relativa.

A Comunicação e Literacia (A4) obteve média de 3,81, 61,9% de classificações 4-5 e IQR de 2, sendo a proposta com maior dispersão nas respostas. Este padrão sugere a coexistência de avaliações muito favoráveis com posições mais cautelosas. Tal poderá refletir diferentes entendimentos sobre o papel da comunicação no contexto do programa VIH, bem como dúvidas quanto à exequibilidade de campanhas sustentadas, regulares e articuladas com os restantes componentes do sistema.

Os Dashboards Locais de Monitorização (A8) apresentam média de 3,86, 71,4% de classificações 4-5 e IQR de 1. Embora revelem uma apreciação globalmente positiva, o facto de não atingirem consenso formal pode indicar que o painel os considera relevantes, mas dependentes da consolidação prévia de propostas mais estruturantes, em particular o Módulo de informação em VIH, a Governação dos Dados e a harmonização de definições operacionais.

A Comissão Independente (A11) constitui o caso mais claro de prioridade contestada. Com mediana 3,0, média de 3,29 e apenas 47,6% de classificações 4-5, apresenta o resultado menos favorável de todo o ranking. A descida para mediana 3,0 reforça uma leitura de neutralidade, mais do que de apoio claro. Os comentários abertos sugerem que parte do painel considera que já existem mecanismos de avaliação independente no sistema, ou que a criação de uma nova comissão poderia introduzir fragmentação adicional. Outra leitura possível é que esta proposta seja percecionada como dependente da implementação prévia de elementos estruturais, nomeadamente o sistema integrado, as definições operacionais e a governação programática.

5. Resultados

Assim, as propostas sem consenso não devem ser interpretadas como irrelevantes, mas antes como áreas em que o painel revela maior divisão quanto ao momento, à prioridade relativa ou ao modelo de implementação. A análise dos comentários efetuados a estas propostas será particularmente relevante, nomeadamente para clarificar se devem ser reformuladas, integradas noutras propostas ou consideradas como componentes subsequentes de uma estratégia faseada.

5.4. Leitura global dos resultados

Os resultados confirmam a existência de um núcleo robusto de consenso em torno de propostas estruturais, centradas na integração da informação, no reforço do acesso, na continuidade dos cuidados e na governação dos dados. A entrada do Rastreio Universal no grupo de mediana 5 reforça a centralidade do diagnóstico e do acesso inicial, enquanto a manutenção do Módulo de informação em VIH no topo do ranking evidencia a prioridade atribuída a uma infraestrutura nacional integrada.

A análise aponta, contudo, para uma agenda que não pode ser lida apenas como tecnológica. A implementação das propostas mais valorizadas depende de condições institucionais e operacionais: governação clara, definições comuns, interoperabilidade, financiamento sustentável e articulação entre níveis de cuidados, organizações comunitárias e estruturas centrais.

Deste modo, para além da ordenação das propostas, é possível construir uma agenda sistémica. O painel parece defender uma resposta ao VIH centrada na pessoa, sustentada por dados interoperáveis, capaz de acompanhar trajetórias ao longo do tempo e suficientemente governada para transformar informação em ação.

6. Análise aos comentários

Análise aos comentários

A análise aos comentários permite aprofundar a interpretação dos resultados quantitativos e identificar dimensões de consenso, tensão e clarificação adicional. Os comentários não alteram o ranking das propostas, mas ajudam a compreender as razões subjacentes às classificações atribuídas e os aspetos que poderão exigir maior desenvolvimento na fase seguinte.

De forma transversal, os comentários reforçam a importância de uma abordagem centrada na pessoa, e não apenas na doença, bem como a necessidade de integração entre sistemas de informação, níveis de cuidados e organizações comunitárias. Vários contributos assinalam que a monitorização do VIH deve incluir não apenas indicadores clássicos de diagnóstico, tratamento e carga viral, mas também dimensões complementares, como qualidade de vida, comorbilidades, estigma, mortalidade e necessidades sociais complexas. Esses comentários vão ao encontro dos principais referenciais técnicos internacionais, traduzidos na matriz de indicadores do projeto.

Os comentários relativos ao Módulo de informação em VIH destacam o seu potencial agregador, nomeadamente pela possibilidade de integrar dados relevantes para várias outras propostas, como o abandono dos cuidados, o acesso longitudinal e os dashboards locais. No entanto, também foram identificadas dúvidas quanto à exequibilidade a curto prazo, sobretudo devido à heterogeneidade atual dos dados entre instituições e à necessidade de evitar sobrecarga adicional para os profissionais.

Nas propostas relacionadas com acesso, rastreio e continuidade dos cuidados, os comentários apontam para a necessidade de maior clarificação operacional. No caso do Rastreio Universal, foi assinalada alguma ambiguidade entre a monitorização do rastreio e o aumento efetivo da cobertura de rastreio. Foram ainda referidas questões sobre a definição de grupos prioritários; o papel das farmácias comunitárias; a articulação com os cuidados de saúde primários, hospitais e estruturas comunitárias; e as barreiras concretas ao rastreio.

A proposta relativa ao Abandono dos Cuidados foi valorizada como componente essencial do continuum de cuidados, mas os comentários sublinham limitações atuais relevantes, nomeadamente a dificuldade em distinguir abandono real, emigração, transferência de centro ou outras formas de perda de seguimento. Esta distinção foi considerada essencial para evitar interpretações erradas dos dados e para orientar intervenções adequadas.

6. Análise aos comentários

Nas propostas sem consenso, os campos abertos ajudam a compreender a heterogeneidade observada. A Comunicação e Literacia foi associada à ausência de campanhas consistentes sobre VIH, mas a sua prioridade relativa parece ter sido avaliada de forma diferente pelos participantes. A Comissão Independente foi questionada por alguns respondentes, que consideraram já existir uma arquitetura institucional de avaliação independente ou alertaram para o risco de fragmentação. Os Dashboards Locais não receberam comentários substantivos, o que pode indicar menor maturidade da discussão ou dependência desta proposta face à implementação prévia de sistemas nacionais integrados.

6. Análise aos comentários

Quadro 5. Síntese temática dos comentários por proposta (campos abertos do formulário de priorização, N=21) (1/2).

Prop.	Proposta	Temas identificados nos comentários	
A7	Módulo de informação em VIH 4 comentários	Limitação	Dúvidas sobre exequibilidade a curto prazo; heterogeneidade atual dos dados entre hospitais
		Aspeto positivo	Deve integrar RSE único, ser centrado na pessoa e não na doença
		Aspeto positivo	Alinhamento com padrões ECDC/OMS Europa; sem sobrecarga de profissionais
		Aspeto positivo	Potencial integrador de várias propostas: A2, A5, A8
A3	Centro de Resposta Integrada 2 comentários	Limitação	Assimetria geográfica: necessidade maior no Sul; Norte com boa cobertura
		Aspeto crítico	Escassez de serviços no SNS e OBC; financiamento fragmentado
A2	Abandono dos cuidados 5 comentários	Aspeto crítico	Sistema atual não distingue abandono, emigração ou transferência de centro
		Aspeto crítico	Articulação hospital-OBC sem financiamento estrutural
		Aspeto positivo	Integração com A7 como requisito para eficácia plena
		Limitação	Monitorização do abandono como prioridade individual mais do que sistémica
A10	Governança dos dados 1 comentário	Limitação	Contraponto: enquadramento normativo já existe
A1	Rastreio Universal 7 comentários	Limitação	Ambiguidade da proposta: monitorização do rastreio vs. aumento efetivo do número de rastreios
		Aspeto positivo	Farmácias comunitárias valorizadas como canal complementar de proximidade
		Limitação	Definição insuficiente de grupos prioritários (HSH, trans, sem-abrigo, imigrantes)
		Limitação	Papel das ULS/hospitais vs. CSP vs. estruturas comunitárias não clarificado
A5	Acesso Longitudinal 3 comentários	Aspeto positivo	Integração natural com A7 - deve ser componente do Módulo de informação em VIH; Atraso face a países comparáveis reforça a urgência da proposta
		Aspeto positivo	Necessidade de incluir dados hospitalares e ambulatoriais

6. Análise aos comentários

Quadro 5. Síntese temática dos comentários por proposta (campos abertos do formulário de priorização, N=21) (2/2).

Prop.	Proposta	Temas identificados nos comentários	
A9	Governação do Programa 2 comentários	Limitação	Responsabilidade institucional não clarificada
A6	Definições Operacionais 1 comentário	Limitação	Implementação nacional condicionada por falta de visibilidade do Programa do VIH
A4	Comunicação e Literacia 1 comentário	Aspeto crítico	Ausência histórica de campanhas consistentes sobre VIH; ações pontuais e descontinuas
A8	Dashboards locais Sem comentários	-	-
A11	Comissão Independente 2 comentários	Aspeto crítico Limitação	Arquitetura de avaliação independente já existe - risco de fragmentação Condicionada à implementação prévia de A7, A6 e A9

6. Análise aos comentários

Cinco dos inquiridos preencheram o campo de reflexão geral. A tabela abaixo sintetiza as perspetivas por perfil institucional.

Quadro 6. Síntese dos comentários gerais por perfil institucional.

Perfil	Síntese temática
ULS / Hospital	Prioridades fundamentais: governação, sistema de informação integrado com perfis de acesso diferenciados, e comunicação como condição de adesão
Perito externo	Monitorização deve incluir dimensões complementares (QdV, comorbilidades, estigma, mortalidade) - requer record linkage entre sistemas
ULS / Hospital	Necessidade de abordar concretamente as barreiras ao rastreio nos Cuidados de Saúde Primários
Org. Central MS	Arquitetura institucional existente é robusta; reforço das capacidades deve preceder criação de mecanismos paralelos
Setor farmacêutico	Resposta ao VIH deve ser centrada na pessoa (multimorbilidade e necessidades sociais complexas) e não focada isoladamente na doença

7. Conclusão

A análise da ronda de priorização do projeto HIVision evidencia um consenso robusto em torno de uma agenda sistémica para a monitorização do VIH em Portugal. O painel atribuiu prioridade elevada a propostas centradas na integração nacional da informação, no reforço do acesso, na continuidade dos cuidados, na governação dos dados e na harmonização de definições operacionais.

O resultado mais expressivo é a centralidade atribuída ao Módulo de informação em VIH, que surge como proposta mais bem classificada e como potencial infraestrutura agregadora de várias dimensões consideradas prioritárias. A par desta proposta, destacam-se o Centro de Resposta Integrada, a monitorização do Abandono dos Cuidados, a Governação dos Dados, o Rastreio Universal e o Acesso Longitudinal, todas com mediana 5 e consenso formal.

A leitura conjunta dos resultados sugere que o painel não valoriza a monitorização do VIH como uma questão exclusivamente técnica ou tecnológica. Pelo contrário, a informação é entendida como instrumento de ação: para identificar necessidades, acompanhar trajetórias, reduzir perdas no continuum de cuidados, orientar respostas locais e apoiar decisões programáticas.

A exequibilidade surge, contudo, como a dimensão mais crítica. Várias propostas com elevado impacto e prioridade apresentam níveis de exequibilidade mais moderados, indicando que a implementação exigirá condições prévias de governação, interoperabilidade, clarificação institucional, financiamento e capacidade operacional.

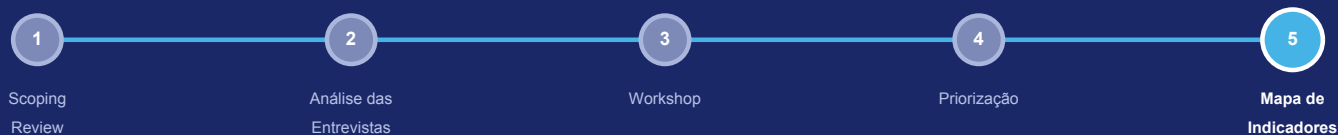
As propostas que não atingiram consenso formal - Comunicação e Literacia, Dashboards Locais de Monitorização e Comissão Independente - não devem ser interpretadas como irrelevantes. Antes refletem áreas em que existe maior heterogeneidade quanto à prioridade relativa, ao momento de implementação ou ao modelo institucional mais adequado. Estas propostas poderão beneficiar de reformulação, integração em medidas mais estruturantes ou calendarização faseada.

Os resultados apontam para uma estratégia centrada na pessoa, sustentada por dados interoperáveis, com governação clara e capacidade de acompanhar o percurso das pessoas ao longo do tempo.

MAPA DE INDICADORES

Matriz de Indicadores HIVision

Do universo de 199 indicadores à matriz operacional de 45





Matriz de Indicadores

Índice

Siglas

1. Sumário e enquadramento
2. Objetivo e utilidade da matriz
3. Metodologia de construção
4. Estrutura da matriz consolidada
5. Matriz consolidada de 45 indicadores
6. Conjunto prioritário de monitorização
7. Definição e leitura dos indicadores
8. Limitações e próximos passos
9. Material suplementar 1 - Matriz global de 199 indicadores

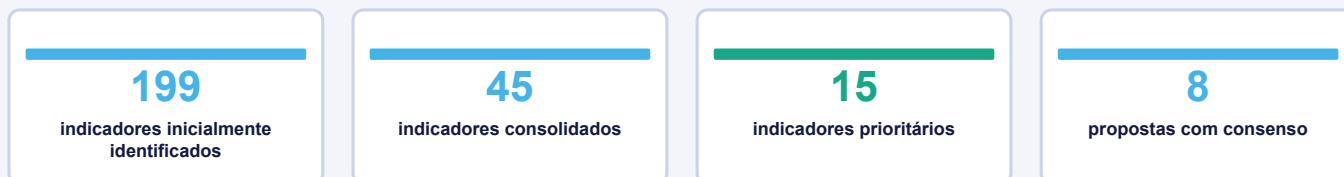
Matriz de Indicadores

Siglas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECDC	Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças
ENSP-NOVA	Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa
GAT	Grupo de Ativistas em Tratamento
ICAD	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NSP	Programa de troca/distribuição de agulhas e seringas
OBC	Organização de Base Comunitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
SI.VIDA	Sistema de informação que permitia a monitorização e acompanhamento de utentes com VIH/SIDA
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TARV	Tratamento antirretrovírico
ULS	Unidade Local de Saúde
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Matriz de Indicadores

1. Sumário e enquadramento



A matriz de indicadores constitui o produto técnico de ligação entre o modelo conceptual do projeto HIVision, o diagnóstico nacional e as propostas de intervenção formuladas em workshop e posteriormente submetidas à ronda de priorização. A sua finalidade é organizar, de forma operacional, o conjunto de indicadores mais úteis para acompanhar a resposta ao VIH em Portugal ao longo do continuum de cuidados.

No âmbito do projeto, realizou-se inicialmente uma recolha ampla e sistematizada de indicadores a partir de relatórios nacionais e internacionais, documentos técnicos e referenciais de monitorização, que permitiu construir uma matriz global de 199 indicadores, organizada segundo os eixos e dimensões do modelo conceptual. Esta matriz inicial teve utilidade exploratória, tornando visível o universo potencial de informação relevante, as áreas mais cobertas e as lacunas existentes, e serviu de base à matriz operacional apresentada neste anexo.

A partir da matriz global, definiu-se uma matriz operacional de 45 indicadores, escolhidos pela relevância para o continuum de cuidados, comparabilidade com referenciais internacionais, aplicabilidade ao contexto português, disponibilidade potencial de dados e utilidade para a decisão. Dentro desta matriz, foi identificado um conjunto prioritário de 15 indicadores, entendido como base mínima para operacionalização faseada.

O anexo apresenta também o cruzamento entre as propostas de intervenção e os indicadores que permitem monitorizar a sua implementação, os seus resultados ou o contexto em que devem ser interpretadas. Consideram-se as oito propostas que reuniram consenso formal na ronda de priorização; as três que não reuniram consenso formal (A4, A8 e A11) não foram incluídas no cruzamento.

2. Objetivo e utilidade da matriz

Matriz de Indicadores

A matriz tem como objetivo transformar um universo extenso de indicadores potenciais num instrumento utilizável para a monitorização da resposta ao VIH. Em concreto, permite:

- organizar os indicadores segundo os eixos, dimensões e categorias do modelo conceptual HIVision;
- identificar um conjunto prioritário de 15 indicadores, passível de operacionalização faseada;
- ancorar as propostas de intervenção em indicadores concretos, distinguindo indicadores principais e de apoio;
- apoiar a definição de produtos de informação para diferentes níveis de decisão (nacional, ULS, serviços clínicos, saúde pública e organizações comunitárias);
- identificar lacunas de dados e necessidades de integração entre fontes clínicas, laboratoriais, epidemiológicas, farmacêuticas e comunitárias.

A matriz não deve ser lida como uma lista fechada, nem como uma proposta de implementação simultânea de todos os indicadores. É uma base evolutiva, orientada para apoiar escolhas faseadas, testar a disponibilidade de dados e consolidar progressivamente uma arquitetura nacional de monitorização.

3. Metodologia de construção

A construção seguiu uma lógica sequencial e triangulada. Numa primeira fase, identificaram-se indicadores e referenciais relevantes a partir de relatórios nacionais elaborados pela DGS/INSA, documentos técnicos internacionais, orientações da ONUSIDA, OMS e ECDC/OMS Europa, e da literatura científica analisada na scoping review.

Numa segunda fase, os indicadores foram organizados segundo o modelo conceptual HIVision, que estrutura a monitorização em quatro eixos - prevenção e redução de danos; testagem e diagnóstico; tratamento e cuidados; seguimento e monitorização - e três dimensões transversais: acesso, resultados e qualidade.

Numa terceira fase, a matriz global foi reduzida a 45 indicadores, com base em cinco critérios: relevância para o continuum de cuidados; comparabilidade internacional; aplicabilidade ao contexto português; disponibilidade potencial de dados; e utilidade para decisões clínicas, organizacionais, comunitárias, programáticas e políticas.

Matriz de Indicadores

Por fim, os 45 indicadores foram cruzados com as oito propostas que reuniram consenso formal na ronda de priorização, não incluindo as três propostas que não reuniram consenso formal (A4, A8 e A11). Para cada proposta identificaram-se indicadores principais - que medem diretamente a implementação ou o resultado esperado - e indicadores de apoio, que contextualizam, complementam ou permitem interpretar os resultados.

4. Estrutura da matriz consolidada

A matriz consolidada inclui 45 indicadores distribuídos por quatro eixos e três dimensões transversais. A tabela seguinte resume essa distribuição.

Tabela 1 - Distribuição dos 45 indicadores por eixo e dimensão.

Eixo	Acesso	Resultados	Qualidade	Total
Prevenção e Redução de Danos	7	2	3	12
Testagem e Diagnóstico	4	4	4	12
Tratamento e Cuidados	3	3	5	11
Seguimento e Monitorização	3	5	2	10
Total	17	14	14	45

Matriz de Indicadores

5. Matriz consolidada de 45 indicadores

Os 45 indicadores consolidados são apresentados na tabela seguinte, organizados por eixo, dimensão e categoria, seguindo a estrutura operacional da matriz. Os indicadores que integram o conjunto prioritário de monitorização encontram-se realçados a azul. A definição e leitura detalhada de cada indicador encontra-se disponível no ponto 8 deste anexo.

Tabela 2 - Matriz consolidada de 45 indicadores.

EIXO 1 - PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS (reduzir exposição)	
DIMENSÃO 1.1.	Acesso
CATEGORIA 1.1.1	Prevenção com preservativos
	(1) Número de preservativos distribuídos por pessoa em risco por ano
	(2) Cobertura de programas de distribuição de preservativos em populações-chave (%)
CATEGORIA 1.1.2	Profilaxias biomédicas (PrEP/PPE)
	(3) Número de pessoas que iniciaram PrEP
	(4) Cobertura de PrEP em populações elegíveis (%)
	(5) Número de novos episódios de PPE iniciados
CATEGORIA 1.1.3	Redução de danos
	(6) Número de agulhas/seringas distribuídas por pessoa que injeta drogas por ano
	(7) Cobertura de programas de troca/distribuição de agulhas e seringas em pessoas que injetam drogas (%)
DIMENSÃO 1.2.	Resultados
CATEGORIA 1.2.1	Profilaxias biomédicas (PrEP)
	(8) Incidência de VIH em utilizadores de PrEP
	(9) Incidência de IST em utilizadores de PrEP
DIMENSÃO 1.3.	Qualidade
CATEGORIA 1.3.1	Profilaxias biomédicas (PrEP/PPE)
	(10) Retenção em PrEP aos 12 meses (coorte) (%)
	(11) Taxa de conclusão de PPE (%)
CATEGORIA 1.3.2	Redução de danos (NSP)
	(12) Uso de material estéril na última injeção (%)
EIXO 2 - TESTAGEM E DIAGNÓSTICO (identificar casos)	
DIMENSÃO 2.1.	Acesso
CATEGORIA 2.1.1	Testagem Convencional
	(13) Número total de testes VIH realizados no período
	(14) Taxa de testagem VIH
CATEGORIA 2.1.2	Autoteste VIH
	(15) Número de autotestes VIH distribuídos
CATEGORIA 2.1.3	Testagem dirigida a populações prioritárias

Matriz de Indicadores

	(16) Proporção de doentes com tuberculose testados para VIH (%)
DIMENSÃO 2.2.	Resultados
CATEGORIA 2.2.1	Estado serológico
	(17) Proporção de pessoas que vivem com VIH que conhecem o seu estado serológico (%)
CATEGORIA 2.2.2	Eficiência da estratégia de testagem
	(18) Taxa de positividade (%)
CATEGORIA 2.2.3	Diagnóstico precoce e tardio
	(19) Diagnósticos tardios (% CD4 <350 células/mm ³)
	(20) Doença avançada no diagnóstico (% CD4 <200 células/mm ³)
DIMENSÃO 2.3.	Qualidade
CATEGORIA 2.3.1	Ligação a cuidados
	(21) Proporção de pessoas diagnosticadas com VIH ligadas aos cuidados em <=30 dias (%)
	(22) Tempo entre diagnóstico e início da TARV (dias)
CATEGORIA 2.3.2	Qualidade dos dados e vigilância
	(23) Completude dos dados (%)
	(24) Tempo entre diagnóstico e notificação (oportunidade)
EIXO 3 - TRATAMENTO E CUIDADOS (tratar e controlar)	
DIMENSÃO 3.1.	Acesso
CATEGORIA 3.1.1	Tratamento antirretroviral (TARV)
	(25) Proporção de pessoas diagnosticadas com VIH em TARV (%)
	(26) Novos iniciantes em TARV
CATEGORIA 3.1.2	Monitorização clínica
	(27) Monitorização de carga viral (%)
DIMENSÃO 3.2.	Resultados
CATEGORIA 3.2.1	Supressão viral
	(28) Supressão viral em pessoas em TARV (%)
	(29) Supressão viral global (%)
CATEGORIA 3.2.2	Morbilidade
	(30) Início de TARV com doença avançada (%)
DIMENSÃO 3.3.	Qualidade
CATEGORIA 3.3.1	Gestão do tratamento
	(31) Dispensa multimensal de TARV (%)
	(32) Repetição de carga viral após valor elevado (%)
CATEGORIA 3.3.2	Retenção em cuidados
	(33) Retenção em TARV aos 12 meses (%)
	(34) Perda de seguimento em TARV (%)
CATEGORIA 3.3.3	Continuidade de cuidados
	(35) Pessoas diagnosticadas sem TARV (%)

Matriz de Indicadores

EIXO 4 - IMPACTO, SISTEMAS E MONITORIZAÇÃO (medir impacto)	
DIMENSÃO 4.1.	Acesso
CATEGORIA 4.1.1	Saúde materno-infantil
	(36) Proporção de grávidas testadas para VIH (%)
	(37) Proporção de grávidas que vivem com VIH em TARV (%)
CATEGORIA 4.1.2	Sistemas de Informação
	(38) Proporção de serviços com sistema de informação que permite registo de dados individualizados (%)
DIMENSÃO 4.2.	Resultados
CATEGORIA 4.2.1	Transmissão vertical
	(39) Taxa de transmissão vertical do VIH (%)
CATEGORIA 4.2.2	Epidemiologia
	(40) Número de novos diagnósticos de VIH (ano)
	(41) Taxa de novos diagnósticos de VIH
	(42) Incidência estimada de VIH
CATEGORIA 4.2.3	Mortalidade
	(43) Taxa de mortalidade associada ao VIH/SIDA
DIMENSÃO 4.3.	Qualidade
CATEGORIA 4.3.1	Sistemas de Informação
	(44) Proporção de sistemas de informação que integram dados de organizações comunitárias (%)
	(45) Proporção de pessoas que vivem com VIH que relatam estigma ou discriminação em serviços de saúde (%)

Matriz de Indicadores

6. Conjunto prioritário de monitorização

O conjunto prioritário de monitorização corresponde a 15 indicadores selecionados para apoiar uma operacionalização faseada da matriz. Estes indicadores foram assinalados por permitirem acompanhar dimensões estruturantes da resposta ao VIH: prevenção biomédica e redução de danos, diagnóstico e ligação aos cuidados, tratamento e supressão viral, retenção, incidência, mortalidade e estigma/discriminação.

Tabela 3 - Indicadores do conjunto prioritário de monitorização.

N.º	Eixo	Dimensão	Indicador
4	PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS	Acesso	Cobertura de PrEP em populações elegíveis (%)
7	PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS	Acesso	Cobertura de programas de troca/distribuição de agulhas e seringas em pessoas que injetam drogas (%)
11	PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS	Qualidade	Taxa de conclusão de PPE (%)
17	TESTAGEM E DIAGNÓSTICO	Resultados	Proporção de pessoas que vivem com VIH que conhecem o seu estado serológico (%)
18	TESTAGEM E DIAGNÓSTICO	Resultados	Taxa de positividade (%)
19	TESTAGEM E DIAGNÓSTICO	Resultados	Diagnósticos tardios (% CD4 <350)
21	TESTAGEM E DIAGNÓSTICO	Qualidade	Proporção de pessoas diagnosticadas com VIH ligadas aos cuidados em <=30 dias (%)
25	TRATAMENTO E CUIDADOS	Acesso	Proporção de pessoas diagnosticadas com VIH em TARV (%)
28	TRATAMENTO E CUIDADOS	Resultados	Supressão viral em pessoas em TARV (%)
29	TRATAMENTO E CUIDADOS	Resultados	Supressão viral global (%)
33	TRATAMENTO E CUIDADOS	Qualidade	Retenção em TARV aos 12 meses (%)
35	TRATAMENTO E CUIDADOS	Qualidade	Pessoas diagnosticadas sem TARV (%)
42	SEGUIMENTO E MONITORIZAÇÃO	Resultados	Incidência estimada de VIH
43	SEGUIMENTO E MONITORIZAÇÃO	Resultados	Taxa de mortalidade associada ao VIH/SIDA
45	SEGUIMENTO E MONITORIZAÇÃO	Qualidade	Proporção de pessoas que vivem com VIH que relatam estigma ou discriminação em serviços de saúde (%)

Matriz de Indicadores

7. Definição e leitura dos indicadores

A tabela seguinte apresenta a definição operacional e a leitura proposta para cada um dos 45 indicadores incluídos na matriz consolidada. A sua futura operacionalização exigirá a indicação de numerador, denominador, fonte de dados, periodicidade, nível de desagregação e entidade responsável.

1	Número de preservativos distribuídos por pessoa em risco por ano	Número médio de preservativos distribuídos por pessoa em risco de infeção por VIH num ano.	Valores mais elevados indicam maior acesso potencial à prevenção.
2	Cobertura de programas de distribuição de preservativos em populações-chave (%)	Proporção de pessoas em populações-chave, que acederam a programas de distribuição de preservativos num determinado período.	Reflete o alcance das intervenções.
3	Número de pessoas que iniciaram PrEP	Número de pessoas que iniciaram profilaxia pré-exposição ao VIH num determinado período.	Indica a expansão da PrEP, devendo ser analisado em conjunto com indicadores de cobertura e continuidade.
4	Cobertura de PrEP em populações elegíveis (%)	Proporção de pessoas elegíveis para PrEP que se encontram a recebê-la num determinado período.	Mede o alcance da intervenção preventiva, dependendo da estimativa da população elegível.
5	Número de novos episódios de PPE iniciados	Número de episódios de profilaxia pós-exposição iniciados após situações de risco para VIH.	Reflete a capacidade de resposta do sistema a exposições de risco.
6	Número de agulhas/seringas distribuídas por pessoa que injeta drogas por ano	Número médio de agulhas e seringas distribuídas por pessoa que injeta drogas num ano.	Valores mais elevados indicam melhor acesso a material estéril.
7	Cobertura de programas de troca/distribuição de agulhas e seringas em pessoas que injetam drogas (%)	Proporção de pessoas que injetam drogas que acederam a programas de troca ou distribuição de agulhas e seringas num determinado período.	Reflete a capacidade dos programas em alcançar populações vulneráveis.
8	Incidência de VIH em utilizadores de PrEP	Número de novas infeções por VIH entre utilizadores de PrEP durante o período de utilização.	Valores baixos indicam elevada eficácia da PrEP, podendo ser influenciados pela adesão e pelo seguimento clínico.
9	Incidência de IST em utilizadores de PrEP	Número de novos diagnósticos de infeções sexualmente transmissíveis em pessoas a utilizar PrEP num determinado período.	Pode refletir padrões de risco ou maior intensidade de rastreio.
10	Retenção em PrEP aos 12 meses (coorte) (%)	Proporção de pessoas que iniciaram PrEP e permanecem em acompanhamento ativo após 12 meses.	Mede a continuidade da utilização da PrEP, sendo sensível a barreiras de acesso e ao modelo de seguimento.
11	Taxa de conclusão de PPE (%)	Proporção de episódios de profilaxia pós-exposição que são concluídos de acordo com o esquema recomendado.	Valores elevados indicam boa adesão ao tratamento, enquanto valores baixos sugerem dificuldades na continuidade.
12	Uso de material estéril na última injeção (%)	Proporção de pessoas que injetam drogas que reportam ter utilizado material estéril na última injeção.	Valores elevados indicam práticas mais seguras de injeção (baseado em autorrelato).
13	Número total de testes VIH realizados no período	Número total de testes de VIH realizados num determinado período.	Mede o volume de atividade, não o número de pessoas testadas.
14	Taxa de testagem VIH	Número de testes VIH realizados por 1.000 habitantes num determinado período.	Reflete a intensidade da testagem.
15	Número de autotestes VIH distribuídos	Número de testes de autodiagnóstico VIH disponibilizados à população num determinado período.	Indica expansão do acesso à testagem.
16	Proporção de doentes com tuberculose testados para VIH (%)	Proporção de pessoas diagnosticadas com tuberculose que realizaram teste VIH durante o episódio de doença.	Valores elevados indicam boa integração entre programas de tuberculose e VIH.
17	Proporção de pessoas que vivem com VIH que conhecem o seu estado serológico (%)	Proporção estimada de pessoas que vivem com VIH que foram diagnosticadas.	Indicador central da capacidade de diagnóstico.

Matriz de Indicadores

N.º	Indicador	Definição	Leitura
18	Taxa de positividade (%)	Proporção de testes VIH realizados com resultado positivo.	Valores elevados indicam testagem mais dirigida.
19	Diagnósticos tardios (% CD4 <350 células/mm³)	Proporção de novos diagnósticos de VIH com contagem de CD4 inferior a 350 células/mm³.	Valores elevados indicam falhas na testagem precoce.
20	Doença avançada no diagnóstico (% CD4 <200 células/mm³)	Proporção de novos diagnósticos de VIH com contagem de CD4 inferior a 200 células/mm³.	Indica diagnóstico muito tardio e maior risco clínico.
21	Proporção de pessoas diagnosticadas com VIH ligadas aos cuidados em <=30 dias (%)	Proporção de pessoas diagnosticadas com VIH que estabelecem contacto com cuidados especializados até 30 dias após o diagnóstico.	Mede a eficiência da ligação ao sistema; valores baixos indicam perdas precoces.
22	Tempo entre diagnóstico e início da TARV (dias)	Tempo médio entre o diagnóstico de VIH e o início da terapêutica antirretrovírica.	Intervalos mais curtos indicam melhor resposta do sistema e alinhamento com recomendações clínicas.
23	Compleitude dos dados (%)	Proporção de registos de VIH com informação completa nas variáveis-chave de vigilância.	Valores elevados indicam maior qualidade dos dados e melhor capacidade analítica.
24	Tempo entre diagnóstico e notificação (oportunidade)	Tempo médio entre o diagnóstico de VIH e a sua notificação aos sistemas de vigilância.	Intervalos mais curtos indicam maior oportunidade e eficiência do sistema de vigilância.
25	Proporção de pessoas diagnosticadas com VIH em TARV (%)	Proporção de pessoas diagnosticadas com VIH que se encontram em tratamento antirretrovírico.	Indicador do acesso ao tratamento, alinhado com o segundo objetivo 95.
26	Novos iniciantes em TARV	Número de pessoas que iniciaram terapêutica antirretrovírica num determinado período.	Reflete entrada no tratamento.
27	Monitorização de carga viral (%)	Proporção de pessoas em TARV com pelo menos um teste de carga viral no período de referência.	Indicador de qualidade do acompanhamento clínico.
28	Supressão viral em pessoas em TARV (%)	Proporção de pessoas em TARV com carga viral inferior a 200 cópias/mL.	Indicador central da eficácia do tratamento, alinhado com o terceiro objetivo 95.
29	Supressão viral global (%)	Proporção de todas as pessoas que vivem com VIH que têm carga viral suprimida.	Mede o controlo global da epidemia, integrando diagnóstico e tratamento.
30	Início de TARV com doença avançada (%)	Proporção de pessoas que iniciam TARV com CD4 inferior a 200 células/mm³.	Indica atrasos no diagnóstico ou no início do tratamento.
31	Dispensa multimensal de TARV (%)	Proporção de pessoas em TARV que recebem medicação para múltiplos meses.	Reflete a implementação de modelos diferenciados de cuidados.
32	Repetição de carga viral após valor elevado (%)	Proporção de pessoas com carga viral elevada que repetem o teste em até 6 meses.	Indicador crítico da resposta clínica e do seguimento.
33	Retenção em TARV aos 12 meses (%)	Proporção de pessoas que iniciaram TARV e permanecem em acompanhamento após 12 meses.	Mede continuidade do tratamento e qualidade do acompanhamento.
34	Perda de seguimento em TARV (%)	Proporção de pessoas em TARV sem contacto com os serviços de saúde por período definido.	Valores elevados indicam falhas na retenção.
35	Pessoas diagnosticadas sem TARV (%)	Proporção de pessoas diagnosticadas com VIH que não iniciaram terapêutica antirretrovírica.	Indicador crítico de falha na transição do diagnóstico para tratamento.
36	Proporção de grávidas testadas para VIH (%)	Proporção de grávidas que realizaram teste de VIH durante a gravidez.	Valores elevados indicam boa cobertura de testagem pré-natal e oportunidade de prevenção da transmissão vertical.
37	Proporção de grávidas que vivem com VIH em TARV (%)	Proporção de grávidas que vivem com VIH que se encontram em tratamento antirretrovírico durante a gravidez.	Valores elevados indicam adequada prevenção da transmissão vertical e qualidade dos cuidados.
38	Proporção de serviços com sistema de informação que permite registo de dados individualizados (%)	Proporção de serviços que dispõem de sistemas de informação com capacidade de registo de dados individualizados.	Valores elevados indicam maior capacidade de monitorização longitudinal e integração de dados.
39	Taxa de transmissão vertical do VIH (%)	Proporção de crianças nascidas de mães com VIH que adquirem infeção por transmissão materno-infantil.	Valores baixos indicam elevada eficácia das intervenções de prevenção.
40	Número de novos diagnósticos de VIH (ano)	Número de novos diagnósticos de infeção por VIH num determinado ano.	Reflete a evolução da epidemia, devendo ser interpretado com indicadores de testagem.
41	Taxa de novos diagnósticos de VIH	Número de novos diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes num determinado período.	Permite comparar a evolução da epidemia entre períodos ou territórios.

Matriz de Indicadores

N.º	Indicador	Definição	Leitura
42	Incidência estimada de VIH	Número estimado de novas infeções por VIH por 100.000 habitantes num determinado período.	Mede a dinâmica real de transmissão, dependente de modelos epidemiológicos.
43	Taxa de mortalidade associada ao VIH/SIDA	Número de óbitos associados ao VIH/SIDA por 100.000 habitantes num determinado período.	Valores elevados indicam maior impacto clínico e possíveis falhas no diagnóstico ou tratamento.
44	Proporção de sistemas de informação que integram dados de organizações comunitárias (%)	Proporção de sistemas de informação que incorporam dados provenientes de organizações comunitárias.	Valores elevados indicam maior integração e capacidade de captar intervenções fora do sistema formal.
45	Proporção de pessoas que vivem com VIH que relatam estigma ou discriminação em serviços de saúde (%)	Proporção de pessoas que vivem com VIH que reportam experiências de estigma ou discriminação em serviços de saúde.	Valores elevados indicam problemas na qualidade dos cuidados e respeito pelos direitos, sendo baseado em perceção.

Matriz de Indicadores

7. Limitações e próximos passos

A matriz deve ser interpretada como instrumento técnico de apoio à decisão, e não como uma lista definitiva de indicadores a implementar de forma simultânea. A disponibilidade, qualidade e interoperabilidade das fontes de dados condicionam a sua produção efetiva.

A existência de indicadores definidos não resolve, por si só, os problemas de monitorização identificados no projeto. A sua utilidade dependerá da clarificação de responsabilidades, normalização de definições, integração entre fontes, periodicidade de atualização e devolução da informação aos níveis de decisão que podem agir.

Em termos práticos, recomenda-se uma evolução faseada: validar o conjunto prioritário de 15 indicadores; testar a sua produção em contextos-piloto; definir periodicidade e responsáveis; avaliar a qualidade e completude dos dados; e expandir progressivamente para os indicadores complementares.

Matriz de Indicadores

9. Material suplementar 1 - Matriz global de 199 indicadores

A matriz global apresenta os 199 indicadores inicialmente identificados e sistematizados no âmbito do projeto HIVision. Este material suplementar preserva a longlist utilizada como base para a consolidação da matriz operacional.

Material Suplementar 1 - Matriz global de 199 indicadores identificados no âmbito do projeto HIVision.

ID	Eixo	Dimensão	Indicador consolidado	Fonte(s)
HIV-001	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Jovens com conhecimentos adequados sobre prevenção VIH	UNAIDS, 2024
HIV-002	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Raparigas adolescentes e mulheres jovens integradas em VIH/SSR (AGYW)	OMS, 2022
HIV-003	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Preservativos distribuídos	OMS, 2022; UNAIDS, 2024
HIV-004	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Preservativos distribuídos por pessoa em necessidade	OMS, 2022
HIV-005	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Uso de preservativo (inquérito)	OMS, 2022; UNAIDS, 2024
HIV-006	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Uso de preservativo na última relação sexual de alto risco	UNAIDS, 2024
HIV-007	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Cobertura de preservativos (% pessoas em risco que recebem preservativos/lubrificante)	OMS, 2022
HIV-008	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Utilizadores de PrEP	OMS, 2022; UNAIDS, 2024; DGS/INSA, 2025
HIV-009	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Cobertura de PrEP	OMS, 2022
HIV-010	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Volume de PrEP prescrita	OMS, 2022
HIV-011	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Mudança de produto de PrEP	OMS, 2022
HIV-012	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Número de utilizadores de PEP	OMS, 2022; DGS/INSA, 2025
HIV-013	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Pessoas que recebem serviços NSP	OMS, 2022
HIV-014	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Frequência de acesso a NSP	OMS, 2022
HIV-015	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Agulhas-seringas distribuídas por pessoa que injeta drogas (PWID)	OMS, 2022; UNAIDS, 2024
HIV-016	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Cobertura de NSP	OMS, 2022
HIV-017	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Cobertura de OAMT	OMS, 2022
HIV-018	Prevenção e Redução de Danos	Acesso	Total de pessoa-anos em OAMT	OMS, 2022
HIV-019	Prevenção e Redução de Danos	Resultados	Eventos adversos	OMS, 2022
HIV-020	Prevenção e Redução de Danos	Resultados	Infeções VIH em utilizadores de PrEP	OMS, 2022
HIV-021	Prevenção e Redução de Danos	Resultados	IST incidentes em utilizadores de PrEP	OMS, 2022
HIV-022	Prevenção e Redução de Danos	Resultados	Eventos adversos da PrEP (por 100 pessoa-anos)	OMS, 2022
HIV-023	Prevenção e Redução de Danos	Resultados	Toxicidade associada à PrEP (% interrupções)	OMS, 2022
HIV-024	Prevenção e Redução de Danos	Resultados	Infeções VIH em utilizadores de PEP	OMS, 2022
HIV-025	Prevenção e Redução de Danos	Qualidade	Taxa de conclusão de PrEP	OMS, 2022
HIV-026	Prevenção e Redução de Danos	Qualidade	Taxa de conclusão de PEP	OMS, 2022
HIV-027	Prevenção e Redução de Danos	Qualidade	Práticas seguras de injeção (uso material estéril)	OMS, 2022; UNAIDS, 2024
HIV-028	Prevenção e Redução de Danos	Qualidade	Duração mínima >=6 meses	OMS, 2022
HIV-029	Prevenção e Redução de Danos	Qualidade	Dose mínima >=60 mg metadona equivalente	OMS, 2022
HIV-030	Testagem e Diagnóstico	Acesso	Volume de testes VIH	OMS, 2022; UNAIDS, 2024; DGS/INSA, 2024; ECDC/OMS Europa, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-031	Testagem e Diagnóstico	Acesso	Testes rápidos (CAD, CSP, ONG)	DGS/INSA, 2024; DGS/INSA, 2025
HIV-032	Testagem e Diagnóstico	Acesso	Testagem em CSP	DGS/INSA, 2024
HIV-033	Testagem e Diagnóstico	Acesso	Autotestes VIH distribuídos	OMS, 2022; DGS/INSA, 2024; DGS/INSA, 2025
HIV-034	Testagem e Diagnóstico	Acesso	% de pessoas que realizaram autoteste	OMS, 2022
HIV-035	Testagem e Diagnóstico	Acesso	Testes de carga viral	OMS, 2022
HIV-036	Testagem e Diagnóstico	Acesso	Crítérios laboratoriais para diagnóstico <18 meses	DGS/INSA, 2024
HIV-037	Testagem e Diagnóstico	Acesso	% PVVIH que conhecem o seu estado	OMS, 2022; UNAIDS, 2024
HIV-038	Testagem e Diagnóstico	Acesso	Ligação a cuidados/TARV após diagnóstico	OMS, 2022; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-039	Testagem e Diagnóstico	Acesso	Serviço de parceiros oferecido	OMS, 2022
HIV-040	Testagem e Diagnóstico	Acesso	Integridade de variáveis	ECDC/OMS Europa, 2024

Matriz de Indicadores

ID	Elxo	Dimensão	Indicador consolidado	Fonte(s)
HIV-041	Testagem e Diagnóstico	Acesso	Tipo de dados submetidos	ECDC/OMS Europa, 2024
HIV-042	Testagem e Diagnóstico	Acesso	Cobertura dos sistemas nacionais de vigilância	ECDC/OMS Europa, 2024
HIV-043	Testagem e Diagnóstico	Resultados	Taxa de positividade	OMS, 2022; UNAIDS, 2024; DGS/INSA, 2025
HIV-044	Testagem e Diagnóstico	Resultados	CD4 no diagnóstico (<350; <200)	DGS/INSA, 2024; ECDC/OMS Europa, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-045	Testagem e Diagnóstico	Resultados	Estado de infeção aguda (OMS/ECDC)	ECDC/OMS Europa, 2024; ECDC/OMS Europa, 2025; DGS/INSA, 2024; DGS/INSA, 2025
HIV-046	Testagem e Diagnóstico	Resultados	Mediana da contagem de CD4 à data do diagnóstico	DGS/INSA, 2025
HIV-047	Testagem e Diagnóstico	Resultados	Estádio clínico inicial e diagnóstico concomitante de SIDA	DGS/INSA, 2024
HIV-048	Testagem e Diagnóstico	Resultados	Diagnóstico tardio (CD4 <350 células/mm ³)	DGS/INSA, 2024; ECDC/OMS Europa, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025; Gilead, 2025
HIV-049	Testagem e Diagnóstico	Resultados	Doença avançada à data do diagnóstico (CD4 <200 células/mm ³)	DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2024; ECDC/OMS Europa, 2025; UNAIDS, 2024
HIV-050	Testagem e Diagnóstico	Resultados	Existência de registos nacionais e integração com mortalidade	OMS, 2022; UNAIDS, 2024; DGS/INSA, 2024; ECDC/OMS Europa, 2024; DGS/INSA, 2025
HIV-051	Testagem e Diagnóstico	Qualidade	Tempo até ligação à prevenção (mediana, dias)	OMS, 2022; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-052	Testagem e Diagnóstico	Qualidade	Reteste VIH no início da TARV	OMS, 2022
HIV-053	Testagem e Diagnóstico	Qualidade	Validação automática e recodificação	HIVision, 2025
HIV-054	Tratamento e Cuidados	Acesso	Pessoas em TARV	OMS, 2022; UNAIDS, 2024; Gilead, 2025
HIV-055	Tratamento e Cuidados	Acesso	Novos doentes em TARV	OMS, 2022
HIV-056	Tratamento e Cuidados	Acesso	Início tardio (CD4<200)	OMS, 2022; UNAIDS, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-057	Tratamento e Cuidados	Acesso	Pessoas em modelos DSD	OMS, 2022
HIV-058	Tratamento e Cuidados	Acesso	Cobertura dispensa multimensal (>=3 meses)	OMS, 2022; UNAIDS, 2024
HIV-059	Tratamento e Cuidados	Acesso	% unidades com implementação DSD	OMS, 2022
HIV-060	Tratamento e Cuidados	Acesso	Cobertura de testes de carga viral	OMS, 2022
HIV-061	Tratamento e Cuidados	Acesso	Testagem VIH em doentes TB	OMS, 2022
HIV-062	Tratamento e Cuidados	Acesso	Início de TPT	OMS, 2022; UNAIDS, 2024
HIV-063	Tratamento e Cuidados	Acesso	Pessoas em TARV com TB ativa	OMS, 2022
HIV-064	Tratamento e Cuidados	Acesso	Cobertura rastreio TB	OMS, 2022
HIV-065	Tratamento e Cuidados	Acesso	Testagem bacteriológica	OMS, 2022
HIV-066	Tratamento e Cuidados	Acesso	Início de tratamento	OMS, 2022
HIV-067	Tratamento e Cuidados	Acesso	Testagem HBsAg	OMS, 2022
HIV-068	Tratamento e Cuidados	Acesso	Tratamento HBV	OMS, 2022
HIV-069	Tratamento e Cuidados	Acesso	Testagem HCV	OMS, 2022
HIV-070	Tratamento e Cuidados	Acesso	Confirmação RNA HCV	OMS, 2022
HIV-071	Tratamento e Cuidados	Acesso	Tratamento HCV	OMS, 2022
HIV-072	Tratamento e Cuidados	Acesso	Testagem sífilis	OMS, 2022
HIV-073	Tratamento e Cuidados	Acesso	Tratamento sífilis	OMS, 2022
HIV-074	Tratamento e Cuidados	Acesso	Testagem gonorreia	OMS, 2022
HIV-075	Tratamento e Cuidados	Acesso	Tratamento gonorreia	OMS, 2022
HIV-076	Tratamento e Cuidados	Acesso	Diagnóstico repetido IST	OMS, 2022
HIV-077	Tratamento e Cuidados	Acesso	Teste repetido positivo para gonorreia	OMS, 2022
HIV-078	Tratamento e Cuidados	Acesso	Cobertura cotrimoxazol (CTX)	OMS, 2022
HIV-079	Tratamento e Cuidados	Acesso	Tipos de teste usados (HPV, VIA, citologia)	OMS, 2022
HIV-080	Tratamento e Cuidados	Acesso	Tratamento de lesões pré-invasivas	OMS, 2022; UNAIDS, 2024
HIV-081	Tratamento e Cuidados	Acesso	Tratamento de doença invasiva	OMS, 2022
HIV-082	Tratamento e Cuidados	Acesso	Vacinação HPV em PVVIH elegíveis	OMS, 2022; ECDC/EACS, 2025
HIV-083	Tratamento e Cuidados	Acesso	Rastreio do cancro do colo do útero em PVVIH	OMS, 2022; UNAIDS, 2024; ECDC/EACS, 2025
HIV-084	Tratamento e Cuidados	Acesso	Rastreio de cancro anal em HSH	ECDC/EACS, 2025
HIV-085	Tratamento e Cuidados	Acesso	Rastreio de carcinoma hepatocelular em PVVIH com cirrose	ECDC/EACS, 2025
HIV-086	Tratamento e Cuidados	Acesso	Rastreio do cancro colorretal em PVVIH elegíveis	ECDC/EACS, 2025
HIV-087	Tratamento e Cuidados	Acesso	Rastreio de cancro do pulmão em PVVIH elegíveis	ECDC/EACS, 2025
HIV-088	Tratamento e Cuidados	Acesso	Rastreio de cancro da próstata em PVVIH elegíveis	ECDC/EACS, 2025
HIV-089	Tratamento e Cuidados	Acesso	Rastreio de cancro da mama em PVVIH elegíveis	ECDC/EACS, 2025
HIV-090	Tratamento e Cuidados	Acesso	Oferta de estatina ou referência para prescrição	ECDC/EACS, 2025

Matriz de Indicadores

ID	Eixo	Dimensão	Indicador consolidado	Fonte(s)
HIV-091	Tratamento e Cuidados	Acesso	Referenciação para especialistas por risco cardiovascular	ECDC/EACS, 2025
HIV-092	Tratamento e Cuidados	Acesso	Rastreio de sintomas respiratórios em fumadores/ex-fumadores	ECDC/EACS, 2025
HIV-093	Tratamento e Cuidados	Acesso	Referenciação especializada em caso de disfunção orgânica	ECDC/EACS, 2025
HIV-094	Tratamento e Cuidados	Acesso	FRAX calculado em PVVIH com fatores de risco	ECDC/EACS, 2025
HIV-095	Tratamento e Cuidados	Acesso	Avaliação de vitamina D em PVVIH com risco de fratura	ECDC/EACS, 2025
HIV-096	Tratamento e Cuidados	Acesso	Rastreio de depressão e ansiedade em PVVIH	ECDC/EACS, 2025
HIV-097	Tratamento e Cuidados	Acesso	Rastreio de perturbações do sono em PVVIH	ECDC/EACS, 2025
HIV-098	Tratamento e Cuidados	Acesso	Referenciação para cuidados especializados de saúde mental	ECDC/EACS, 2025
HIV-099	Tratamento e Cuidados	Acesso	Rastreio de fragilidade em PVVIH >=50 anos	ECDC/EACS, 2025
HIV-100	Tratamento e Cuidados	Acesso	Vias documentadas de ligação a apoio social para PVVIH idosas	ECDC/EACS, 2025
HIV-101	Tratamento e Cuidados	Resultados	Toxicidade ARV	OMS, 2022
HIV-102	Tratamento e Cuidados	Resultados	Supressão viral global	OMS, 2022; UNAIDS, 2024; ECDC/OMS Europa, 2024; Gilead, 2025
HIV-103	Tratamento e Cuidados	Resultados	Supressão viral em modelos DSD	OMS, 2022
HIV-104	Tratamento e Cuidados	Resultados	Proporção sintomáticos positivos	OMS, 2022
HIV-105	Tratamento e Cuidados	Resultados	Rendimento diagnóstico	OMS, 2022
HIV-106	Tratamento e Cuidados	Resultados	Positividade HBsAg	OMS, 2022
HIV-107	Tratamento e Cuidados	Resultados	Positividade HCV	OMS, 2022
HIV-108	Tratamento e Cuidados	Resultados	Cura HCV (SVR)	OMS, 2022
HIV-109	Tratamento e Cuidados	Resultados	Positividade sífilis	OMS, 2022
HIV-110	Tratamento e Cuidados	Resultados	Positividade gonorreia	OMS, 2022
HIV-111	Tratamento e Cuidados	Resultados	Homens com corrimento uretral nos últimos 12 meses	UNAIDS, 2024
HIV-112	Tratamento e Cuidados	Resultados	Avaliação de qualidade de vida em PVVIH	ECDC/EACS, 2025
HIV-113	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Taxa de abandono/attrition	OMS, 2022
HIV-114	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Retenção aos 12 meses	OMS, 2022
HIV-115	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Adesão ao tratamento antirretroviral	OMS, 2022; DGS/INSA, 2024; Gilead, 2025
HIV-116	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Descontinuação da terapêutica antirretroviral	OMS, 2022; Gilead, 2025
HIV-117	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Existência e cobertura de dados de continuum of care nos hospitais	DGS/INSA, 2025
HIV-118	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Capacidade de monitorização do 2.º e 3.º 95	DGS/INSA, 2025
HIV-119	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Teste precoce (<=6 meses)	OMS, 2022
HIV-120	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Teste de repetição após CV elevada	OMS, 2022
HIV-121	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Conclusão de TPT	OMS, 2022; UNAIDS, 2024
HIV-122	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Tempo até tratamento sífilis	OMS, 2022
HIV-123	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Tempo até tratamento gonorreia	OMS, 2022
HIV-124	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Gestão de infeção criptocócica	UNAIDS, 2024
HIV-125	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Idade ao primeiro rastreio	OMS, 2022
HIV-126	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Intervalo entre rastreios	OMS, 2022
HIV-127	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Teste de triagem após rastreio positivo	OMS, 2022
HIV-128	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Tempo até tratamento	OMS, 2022
HIV-129	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Perda de seguimento após tratamento	OMS, 2022
HIV-130	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Vias de referenciação documentadas para novo diagnóstico de cancro	ECDC/EACS, 2025
HIV-131	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Revisão de interações ART-quimioterapia	ECDC/EACS, 2025
HIV-132	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Risco cardiovascular a 10 anos estimado anualmente	ECDC/EACS, 2025
HIV-133	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Rastreio de diabetes em PVVIH	ECDC/EACS, 2025
HIV-134	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Avaliação anual da função renal em PVVIH	ECDC/EACS, 2025
HIV-135	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Avaliação anual da função hepática em PVVIH	ECDC/EACS, 2025
HIV-136	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Monitorização de doença renal crónica em PVVIH	ECDC/EACS, 2025
HIV-137	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Avaliação de fibrose hepática em PVVIH com transaminases elevadas	ECDC/EACS, 2025
HIV-138	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Avaliação neurocognitiva em PVVIH com sintomas cognitivos	ECDC/EACS, 2025
HIV-139	Tratamento e Cuidados	Qualidade	Revisão anual da medicação e interações em PVVIH >=50 anos	ECDC/EACS, 2025
HIV-140	Seguimento e Monitorização	Acesso	Cobertura de circuncisão masculina	OMS, 2022
HIV-141	Seguimento e Monitorização	Acesso	Expansão/escala da VMMC	OMS, 2022
HIV-142	Seguimento e Monitorização	Acesso	Proporção de grávidas testadas para VIH	UNAIDS, 2024; OMS, 2022
HIV-143	Seguimento e Monitorização	Acesso	Cobertura TARV grávidas	OMS, 2022
HIV-144	Seguimento e Monitorização	Acesso	Cobertura TARV mães que amamentam	OMS, 2022
HIV-145	Seguimento e Monitorização	Acesso	Cobertura profilaxia ARV	OMS, 2022
HIV-146	Seguimento e Monitorização	Acesso	Cobertura CTX expostos	OMS, 2022
HIV-147	Seguimento e Monitorização	Acesso	Estado tabágico documentado em PVVIH	ECDC/EACS, 2025

Matriz de Indicadores

ID	Eixo	Dimensão	Indicador consolidado	Fonte(s)
HIV-148	Seguimento e Monitorização	Acesso	Consumo de álcool, drogas recreativas e chemsex documentado	ECDC/EACS, 2025
HIV-149	Seguimento e Monitorização	Acesso	Nível de atividade física documentado em PVVIH	ECDC/EACS, 2025
HIV-150	Seguimento e Monitorização	Acesso	Orçamento nacional para VIH	UNAIDS, 2024
HIV-151	Seguimento e Monitorização	Acesso	Preços unitários de ARV e volumes	UNAIDS, 2024
HIV-152	Seguimento e Monitorização	Resultados	Novos diagnósticos de VIH - número absoluto	DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-153	Seguimento e Monitorização	Resultados	Taxa de novos diagnósticos de VIH por 100 000 habitantes	DGS/INSA, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-154	Seguimento e Monitorização	Resultados	Comparação entre diagnósticos observados e infeções estimadas	ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-155	Seguimento e Monitorização	Resultados	Pessoas que vivem com VIH em Portugal - número acumulado e prevalência	DGS/INSA, 2025
HIV-156	Seguimento e Monitorização	Resultados	Tendência temporal dos novos diagnósticos de VIH	DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-157	Seguimento e Monitorização	Resultados	Distribuição dos novos diagnósticos por sexo e rácio homem/mulher	DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025; Gilead, 2025
HIV-158	Seguimento e Monitorização	Resultados	Distribuição dos novos diagnósticos por idade e idade mediana	OMS, 2022; DGS/INSA, 2025
HIV-159	Seguimento e Monitorização	Resultados	Distribuição dos novos diagnósticos por modo de transmissão	DGS/INSA, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-160	Seguimento e Monitorização	Resultados	Distribuição geográfica/subregional dos novos diagnósticos	ECDC/OMS Europa, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-161	Seguimento e Monitorização	Resultados	Origem geográfica/migração entre novos diagnósticos	UNAIDS, 2024; DGS/INSA, 2024; ECDC/OMS Europa, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-162	Seguimento e Monitorização	Resultados	País provável de infeção	DGS/INSA, 2025
HIV-163	Seguimento e Monitorização	Resultados	Diagnósticos ocorridos fora de Portugal ou diagnóstico prévio	DGS/INSA, 2025
HIV-164	Seguimento e Monitorização	Resultados	Casos de SIDA - número, taxa e tendência	DGS/INSA, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2024; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-165	Seguimento e Monitorização	Resultados	Doenças definidoras de SIDA	DGS/INSA, 2024
HIV-166	Seguimento e Monitorização	Resultados	Mortalidade em pessoas que vivem com VIH / VIH-SIDA	DGS/INSA, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2024; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-167	Seguimento e Monitorização	Resultados	Causas de morte em pessoas que vivem com VIH	DGS/INSA, 2025
HIV-168	Seguimento e Monitorização	Resultados	Tempo entre diagnóstico e morte / mortes precoces após diagnóstico	DGS/INSA, 2025
HIV-169	Seguimento e Monitorização	Resultados	Taxa de incidência VIH (ONS, OMS, UNAIDS)	OMS, 2022; UNAIDS, 2024
HIV-170	Seguimento e Monitorização	Resultados	Taxa de mortalidade associada a SIDA	DGS/INSA, 2024; ECDC/OMS Europa, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-171	Seguimento e Monitorização	Resultados	Número de óbitos VIH/SIDA	DGS/INSA, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2024; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-172	Seguimento e Monitorização	Resultados	Doença avançada (% início TARV com CD4<200)	OMS, 2022; UNAIDS, 2024; ECDC/OMS Europa, 2024; DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-173	Seguimento e Monitorização	Resultados	Casos pediátricos de VIH e transmissão mãe-filho	DGS/INSA, 2025; ECDC/OMS Europa, 2025
HIV-174	Seguimento e Monitorização	Resultados	Infeção por VIH-2 - número, proporção, perfil e tendência	DGS/INSA, 2025
HIV-175	Seguimento e Monitorização	Resultados	Prevalência em utentes ANC	OMS, 2022
HIV-176	Seguimento e Monitorização	Resultados	Taxa de transmissão vertical	OMS, 2022; UNAIDS, 2024; DGS/INSA, 2024; ECDC/OMS Europa, 2024
HIV-177	Seguimento e Monitorização	Resultados	Prevalência de VIH entre grávidas	UNAIDS, 2024
HIV-178	Seguimento e Monitorização	Resultados	Eventos adversos por toxicidade ARV	OMS, 2022
HIV-179	Seguimento e Monitorização	Resultados	Estigma internalizado (PVVIH)	UNAIDS, 2024
HIV-180	Seguimento e Monitorização	Resultados	Evitação de cuidados (PVVIH, populações-chave)	OMS, 2022; UNAIDS, 2024
HIV-181	Seguimento e Monitorização	Resultados	Violência física/sexual experienciada	UNAIDS, 2024
HIV-182	Seguimento e Monitorização	Resultados	Atitudes discriminatórias entre profissionais de saúde	UNAIDS, 2024
HIV-183	Seguimento e Monitorização	Resultados	Atitudes discriminatórias na polícia	UNAIDS, 2024
HIV-184	Seguimento e Monitorização	Resultados	Pessoas que procuram reparação por violação de direitos	UNAIDS, 2024
HIV-185	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Reteste VIH no 3.º trimestre	OMS, 2022
HIV-186	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Retenção em TARV até ao parto	OMS, 2022
HIV-187	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Diagnóstico precoce <=2 meses	OMS, 2022; UNAIDS, 2024
HIV-188	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Tempo de resposta EID <=4 semanas	OMS, 2022
HIV-189	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Início TARV dia do diagnóstico	OMS, 2022
HIV-190	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Aconselhamento para cessação tabágica em PVVIH fumadoras	ECDC/EACS, 2025
HIV-191	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Protocolo nacional para gestão de VIH e comorbilidades	ECDC/EACS, 2025
HIV-192	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Disponibilidade de normas clínicas	OMS, 2022

Matriz de Indicadores

ID	Elxo	Dimensão	Indicador consolidado	Fonte(s)
HIV-193	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Disponibilidade de diagnóstico essencial	OMS, 2022
HIV-194	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Sistemas de monitorização funcionais	OMS, 2022
HIV-195	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Garantia externa de qualidade laboratorial	OMS, 2022
HIV-196	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Conformidade dos esquemas ARV	OMS, 2022
HIV-197	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Tempo de resposta laboratorial	OMS, 2022
HIV-198	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Encaminhamento e ligação documentada	OMS, 2022
HIV-199	Seguimento e Monitorização	Qualidade	Preferências para cuidados no fim de vida	OMS, 2022