



Infeção por VIH em Portugal 2025

FICHA TÉCNICA

Título

Infeção por VIH em Portugal -2025

AUTORES

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

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

Citação sugerida: Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infeção por VIH em Portugal – 2025. Lisboa: DGS/INSA; 2025

Contributos:

DGS

Programa Nacional para as infeções sexualmente transmissíveis e VIH

Bárbara Flor de Lima, Joana Bettencourt, Rogério Ruas

Colaboração

Rita Figueiredo

Direção de Serviços de Informação e Análise

Pedro Pinto Leite, Ana Mendes, Vitor Cabral Veríssimo, Sofia Pimenta, Daniela Freitas, Raquel Mulongeni

Direção

Rita Sá Machado

André Peralta Santos

INSA

Departamento de Doenças Infeciosas

Jorge Machado, Helena Cortes Martins, Celeste Moura

Departamento de Epidemiologia

Carlos Dias, Carlos Aniceto

Direção

Fernando de Almeida

Cristina Abreu dos Santos

PALAVRAS-CHAVE

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

EDITORES:

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

Lisboa, novembro de 2025

ISBN (e-book):

978-989-9236-14-1

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

Infeção por VIH em Portugal

2025

AGRADECIMENTOS

- A todos os médicos notificadores, cujo contributo é fundamental para este relatório;
- Ao Grupo de Trabalho para a Infeção VIH na criança, da Sociedade Portuguesa de Infecciologia Pediátrica, pelos dados referentes à transmissão vertical de VIH;
- Aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) pelos dados relativos à PrEP prescrita através da PEM e pelos dados sobre o Programa Troca de Seringas, assim como a todas as entidades participantes neste Programa, pelos dados sobre a sua atividade;
- Aos Hospitais da Rede de Referenciação Hospitalar para a Infeção por VIH, pelos dados relativos à profilaxia pré-exposição (PrEP), pós-exposição (PPE) em contexto hospitalar e dados relativos ao continuum of care;
- Às Unidades dos Cuidados de Saúde Primários, aos Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH (CAD) e às Organizações Não Governamentais, pelos dados referentes à atividade de testagem nos respetivos contextos;
- À Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) pela informação relativa aos testes VIH realizados através de prescrição nos Cuidados de Saúde Primários;
- À Associação Nacional de Farmácias e à Associação de Farmácias de Portugal, pela informação relativa aos autotestes vendidos e à PrEP dispensada em farmácias comunitárias.

Índice

Resumo	11
Abstract	13
Lista de siglas e abreviaturas	15
Capítulo I Vigilância Epidemiológica	16
I.1. Informação epidemiológica - 2024	17
I.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2024)	31
I.3. Causas de morte em pessoas que viviam com VIH	66
I.4. Pessoas que vivem com VIH em Portugal	71
I.5. Continuum of care nos hospitais nacionais	74
I.6. Fast-track Cities portuguesas	75
Capítulo II Atividades desenvolvidas	86
II.1. Prevenção	87
II.2. Rastreio, Diagnóstico e Referenciação	98
II.3. Apoio à Sociedade Civil	106
II.4. Literacia e ações públicas	107
II.5. Participação Internacional	110
Capítulo III Notas Finais	114
Referências	116
Anexos	118

Índice de Quadros

Quadro 1. Novos casos de infecção por VIH com diagnóstico em 2024.	17
Quadro 2. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por grupo etário e sexo e respectivas taxas de diagnóstico.	18
Quadro 3. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão.	18
Quadro 4. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por residência (NUTS II) e respectivas taxas de diagnóstico.	20
Quadro 5. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por origem geográfica e sexo.	20
Quadro 6. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por modo de transmissão e sexo.	22
Quadro 7. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por estádio inicial e sexo.	23
Quadro 8. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: diagnósticos tardios (%) segundo a nova definição, por sexo e modo de transmissão.	26
Quadro 9. Novos casos de SIDA diagnosticados em 2024.	26
Quadro 10. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por grupo etário e sexo e respectivas taxas de diagnóstico.	27
Quadro 11. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.	27
Quadro 12. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por residência (NUTS II) e respectivas taxas de diagnóstico.	28
Quadro 13. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por origem geográfica e sexo.	28
Quadro 14. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por modo de transmissão e sexo.	28
Quadro 15. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, por sexo.	29
Quadro 16. Óbitos ocorridos em 2024: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão	30
Quadro 17. Óbitos ocorridos em 2024: distribuição por modo de transmissão e sexo.	30
Quadro 18. Óbitos ocorridos em 2024: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infecção por VIH e a morte, por sexo e modo de transmissão.	30
Quadro 19. Casos de infecção por VIH (1983-2024): distribuição por ano de diagnóstico e sexo.	33
Quadro 20. Casos de infecção por VIH (1983-2024): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	37
Quadro 21. Casos de infecção por VIH (1983-2024): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	39
Quadro 22. Casos de infecção por VIH (1983-2024): distribuição por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.	41
Quadro 23. Casos de infecção por VIH (2015-2024): taxa de novos casos por 10^5 habitantes por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.	42
Quadro 24. Taxa média de novos diagnósticos de infecção por VIH (2020-2024) nos municípios com taxas superiores à taxa nacional.	43
Quadro 25. Casos de infecção por VIH (1983-2024): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.	45
Quadro 26. Casos de infecção por VIH (1983-2024): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.	47
Quadro 27. Casos de infecção por VIH (1983-2024): distribuição por estádio clínico inicial e ano de diagnóstico.	49
Quadro 28. Casos de infecção por VIH em crianças (1984-2024): distribuição por sexo, idade ao diagnóstico, país de nascimento e modo de transmissão, segundo o ano de diagnóstico.	52

Quadro 29. Crianças nascidas de mães que vivem com VIH (2015-2024): distribuição segundo o ano de nascimento, tipo de vírus da infecção materna, número de infecções transmitidas e taxa de transmissão.	53
Quadro 30. Casos de SIDA (1983-2024): distribuição por sexo e ano de diagnóstico do estádio.	55
Quadro 31. Casos de SIDA (1983-2024): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estádio.	58
Quadro 32. Casos de SIDA (1983-2024): distribuição por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estádio.	59
Quadro 33. Casos de SIDA (2015-2024): taxa de novos casos por 10^5 habitantes por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estádio.	60
Quadro 34. Casos de SIDA (1983-2024): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estádio.	62
Quadro 35. Óbitos notificados em casos de infecção por VIH e SIDA (1984-2024): distribuição por ano da morte.	64
Quadro 36. Óbitos notificados em casos de infecção por VIH (1984-2024): distribuição por sexo e modo de transmissão, segundo o ano do óbito	65
Quadro 37. Número de óbitos em pessoas que viviam com VIH (2015-2024), distribuição por ano da morte.	67
Quadro 38. Resultados das estimativas nacionais para o ano 2023: total e por modo de transmissão.	72
Quadro 39. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência em Portugal e nas 12 cidades FTC - taxas médias de novos diagnósticos e razão de taxas, para o total e estratificadas de acordo com o sexo.	77
Quadro 40. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - idade mediana ao diagnóstico, para o total e estratificadas de acordo com o sexo e modo de transmissão.	78
Quadro 41. Resultados das estimativas relativas ao ano 2023, para as 12 cidades FTC.	84
Quadro 42. Prevalência da infecção por VIH estimada para Portugal e cidades FTC, para o ano 2023.	85

Índice de Gráficos

Figura 1. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) segundo o grupo etário para os modos de transmissão mais frequentes.	19
Figura 2. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) da origem geográfica dos indivíduos por modo de transmissão.	21
Figura 3. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do país/região de provável aquisição da infecção, segundo a origem geográfica.	21
Figura 4. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do modo de transmissão por sexo.	22
Figura 5. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do estádio clínico por modo de transmissão.	23
Figura 6. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024 - distribuição (%) dos casos com diagnósticos tardios ($CD4 < 350$ células/mm 3) de acordo com o sexo, idade, residência, origem e modo de transmissão.	24
Figura 7. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024 - distribuição (%) das contagens iniciais de CD4 e estádio de infecção aguda, de acordo com o sexo e modo de transmissão.	25
Figura 8. Casos de infecção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2024): distribuição por ano de diagnóstico da infecção ou de estádio SIDA, ou ano de morte.	32
Figura 9. Casos de infecção por VIH (2015-2024): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.	34
Figura 10. Casos de infecção por VIH (2015-2024): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.	35
Figura 11. Casos de infecção por VIH (2015-2024): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.	36
Figura 12. Casos de infecção por VIH (2015-2024): distribuição (%) (A) e taxa de novos casos (B) por grupo etário e ano de diagnóstico.	38
Figura 13. Taxa média de novos diagnósticos de infecção por VIH (2020-2024) por região NUTS III.	40
Figura 14. Casos de infecção por VIH (2015-2024): distribuição (n) (A) e (%) (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.	44
Figura 15. Casos de infecção por VIH, distribuição segundo a forma de transmissão e ano de diagnóstico: período 1983 a 2024 (A); período de 2015 a 2024 (B).	46
Figura 16. Infecção por VIH 2 em Portugal - 4 décadas	48
Figura 17. Casos de infecção por VIH (2015-2024): evolução nas proporções de casos com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada e de diagnóstico tardio, segundo a nova definição.	50
Figura 18. Casos de infecção por VIH (2015-2024): tendências temporais das medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico, para as principais formas de transmissão.	51
Figura 19. Casos de SIDA (2015-2024): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estádio, Portugal e União Europeia.	56
Figura 20. Casos de SIDA (2015-2024): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estádio e sexo.	57
Figura 21. Casos de SIDA (2015-2024): distribuição de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico do estádio.	61
Figura 22. Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2015-2024): tendências temporais na frequência de diagnóstico.	63
Figura 23. Óbitos em pessoas que viviam com infecção por VIH notificados (2000-2024): distribuição (%) do tempo entre o diagnóstico e a morte, por ano de morte.	66
Figura 24. Evolução das causas de morte em pessoas que viviam com VIH (2015-2024).	67
Figura 25. Evolução dos óbitos por VIH com doenças infeciosas e parasitárias associadas (2015-2024).	68
Figura 26. Evolução dos óbitos por VIH com neoplasias malignas (2015-2024).	69

Figura 27. Evolução dos óbitos por outras causas de morte em pessoas que viviam com VIH (2015-2024),	70
Figura 28. Evolução dos óbitos em pessoas que viviam com VIH resultando de neoplasias malignas (2015-2024),	70
Figura 29. Evolução dos óbitos por causa externa em pessoas que viviam com VIH (2015-2024),	71
Figura 30. Tendências temporais na incidência estimada para a infecção por VIH,	73
Figura 31. <i>Continuum of care</i> das PVVIH, dados de 16 hospitais nacionais,	74
Figura 32. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição segundo o país onde ocorreu o diagnóstico,	76
Figura 33. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por sexo e razão H/M,	76
Figura 34. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por grupo etário,	78
Figura 35. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por país/região de origem, para o total de casos (A) e segundo o sexo (B – casos em homens e C – casos em mulheres),	79
Figura 36. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por país de provável contágio segundo o país de origem (A – país de origem = Portugal e B – país de origem ≠ Portugal),	80
Figura 37. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por modo de transmissão, para o total de casos (A) e segundo o sexo (B – casos em homens e C – casos em mulheres),	81
Figura 38. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por tipo de vírus,	82
Figura 39. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por estádio clínico ao diagnóstico,	82
Figura 40. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - proporções de casos com critério imunológico de diagnóstico tardio (<350 CD4/mm 3) e doença avançada (<200 CD4/mm 3),	83
Figura 41. Número de preservativos distribuídos (2019-2024),	88
Figura 42. Número de embalagens de gel lubrificante distribuídas (2019-2024),	88
Figura 43. Número de seringas distribuídas no âmbito do PTS (1993 – 2024),	89
Figura 44. Número de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar (2018-2024),	91
Figura 45. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2024, por sexo,	91
Figura 46. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez, por género,	92
Figura 47. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2024, por grupos etários,	92
Figura 48. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2024, por populações chave,	92
Figura 49. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2024, por regime de toma,	93
Figura 50. Número de prescrições de PrEP através da PEM, por contexto (público ou privado), por especialidade (julho 2024 – abril 2025),	93
Figura 51. Número de prescrições de PrEP através da PEM, efetuadas por ACES (julho 2024 – abril 2025),	94
Figura 52. N.º de prescrições de PrEP efetuadas através da PEM, por Hospital/Centro Hospitalar,	94
Figura 53. Número de farmácias com dispensa de PrEP e número de embalagens de PrEP dispensadas por distrito/ região (julho 2024-abril 2025),	95
Figura 54. PrEP: Número de unidades (embalagens) dispensadas, por mês (julho 2024 a abril 2025),	95
Figura 55. Número de utentes distintos com prescrição de PrEP através da PEM,por mês (julho 2024 - abril 2025),	96
Figura 56. Número de Pessoas que receberam PPE em 2024, por sexo e tipo de exposição,	97
Figura 57. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CSP (2014-2024),	98
Figura 58. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos em ONG/OBC (2014-2024),	99

ÍNDICE

Figura 59. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CAD (2000-2024).	99
Figura 60. Número de testes VIH realizados, com prescrição nos CSP (2010-2024).	100
Figura 61. Número de testes VIH realizados, com prescrição nos Hospitais (2019-2024).	101
Figura 62. Número de autotestes VIH dispensados nas farmácias (2019-2024).	101
Figura 63. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo.	102
Figura 64. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo, nos casos de transmissão heterossexual.	103
Figura 65. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo, por transmissão entre HSH.	103
Figura 66. Casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) 2020-2024: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo por ano de diagnóstico.	104
Figura 67. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do intervalo entre a data primeiro teste VIH com resultado positivo e a data da primeira contagem de CD4.	105
Figura 68. Casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) 2020 - 2024: distribuição (%) do intervalo entre a data primeiro teste VIH com resultado positivo e a data da primeira contagem de CD4, por ano de diagnóstico.	105
Figura 69. Imagem da campanha de promoção do uso de preservativo – Dia internacional do preservativo.	108
Figura 70. Imagem do Dia Mundial da Sida 2024.	109
Figura 71. Imagem Evento 40 Anos VIH (2024).	110
Figura 72. Número de novas infecções por VIH, globais, 1990-2024, metas 2025 e 2030.	113
Figura 73. Número de mortes relacionadas com a SIDA, globais, 1990-2024, metas 2025 e 2030.	113

Resumo

Este relatório apresenta os dados mais recentes da vigilância epidemiológica da infeção por VIH em Portugal, bem como os resultantes de iniciativas de prevenção e rastreio, desenvolvidas no âmbito do Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e VIH (PNISTVIH).

Em Portugal, a 30 de junho de 2025, estavam notificados 997 casos em que o diagnóstico de infeção por VIH ocorreu em 2024 (9,3 casos/ 10^5 habitantes). Destes, 951 diagnósticos ocorreram no país (8,8 casos/ 10^5 habitantes), valor não ajustado para o atraso da notificação. Os casos com diagnóstico em Portugal ocorreram maioritariamente em homens (2,7 casos por cada caso em mulheres). Foram notificados cinco casos em idades inferiores aos 15 anos, três com transmissão e diagnóstico em Portugal. Nos restantes casos a mediana das idades ao diagnóstico foi de 37,0 anos e 27,6% tinham idade inferior a 30 anos, a maioria destes (68,7%) eram homens que têm sexo com homens (HSH) nos quais se observou a idade mediana mais baixa, 31,0 anos. A taxa de diagnóstico mais elevada registou-se no grupo etário 25-29 anos (28,5 casos/ 10^5 habitantes), com maior expressão nos homens (46,0 casos/ 10^5 habitantes). Residiam na Grande Lisboa 33,2% dos indivíduos (14,6 casos/ 10^5 habitantes) e a Península de Setúbal apresentou a segunda taxa mais elevada de diagnósticos (13,3 casos/ 10^5 habitantes). A maioria destes novos casos (53,6%) ocorreu em indivíduos nascidos no estrangeiro, contudo, Portugal foi indicado como o país de provável contágio em 52,5% dos casos com essa informação disponível e em 69,9% dos casos em pessoas provenientes da América Latina. A transmissão por via sexual foi referida em 97,0% dos casos com diagnóstico em 2024, predominando nestes a transmissão heterossexual (52,5%), mas 60,6% dos novos diagnósticos em homens ocorreram em HSH. Na primeira avaliação clínica predominaram os casos assintomáticos (58,5%), mas a apresentação aos cuidados de saúde foi tardia em 53,9% dos casos (TCD4+ <350 células/mm³), particularmente nas pessoas com 50 ou mais anos ao diagnóstico (65,4%) e nos homens com transmissão heterossexual (67,6%). Durante o ano 2024 foram também diagnosticados em Portugal 194 novos casos de SIDA (1,8 casos/ 10^5 habitantes), valor que foi superior ao registado nos dois anos anteriores, e a pneumocistose foi a doença definidora de SIDA mais frequente, referida em 24,7% dos casos. Foram notificados 108 óbitos ocorridos em 2024, 46,3% dos quais ocorridos mais de 20 anos após o diagnóstico da infeção por VIH.

Entre 1983 e 2024, foram diagnosticados em Portugal 66 421 casos de infeção por VIH, dos quais 23 946 evoluíram para SIDA. Na década mais recente, 2015 a 2024, observou-se uma redução de 35% no número de novos casos de infeção por VIH e de 43% em novos casos de SIDA, valores provisórios por não estarem ajustados para o atraso na notificação. A tendência decrescente mantém-se sustentada, mas Portugal continua a apresentar taxas de novos diagnósticos de infeção por VIH e de SIDA superiores aos valores médios registados na União Europeia. Foram comunicados, cumulativamente, 16 050 óbitos em pessoas que viviam com VIH, dos quais 11 294 tinham atingido o estádio SIDA. A análise das causas de morte nos óbitos registados na última década e cujo certificado tinha referência a VIH, revelou que desde 2021 os óbitos por outras causas tornaram-se predominantes face aos óbitos relacionados com a infeção por VIH. Estes últimos foram maioritariamente causados por infeções de etiologias várias, enquanto os não associados à infeção por VIH foram mais frequentemente causados por neoplasias e doenças do aparelho circulatório.

As estimativas realizadas para o ano 2023 revelaram que, nesse ano, viviam em Portugal 49 699 pessoas com infeção por VIH, 94,2% das quais estavam diagnosticadas, o que indica que Portugal esteve próximo de atingir o primeiro objetivo da ONUSIDA. A proporção de infeções não diagnosticadas era mais elevada para os casos em homens heterossexuais (7,9%) e mais baixa em utilizadores de drogas injetadas (UDI) (1,1%). No ano em análise, o tempo médio entre a infeção e o diagnóstico foi estimado em 3,7 anos, variando com a forma de transmissão. Foi possível obter dados completos do *continuum of care* de 26 hospitais nacionais, relativos a 36 184 pessoas que vivem com VIH (PVVIH) e constatou-se que, 97,8% encontravam-se em tratamento e, destas, 95,9% tinham atingido a supressão virológica.

RESUMO

A caracterização da epidemia por VIH nas 12 Fast-Track Cities (FTC) portuguesas mostrou a existência de dois padrões distintos, em que numas predominam os casos em homens, jovens e maioritariamente HSH, com diagnóstico mais precoce, e noutras prevalecem os casos de transmissão heterossexual, com distribuição por sexo mais equilibrada, idade mais elevada e diagnósticos mais tardios. As estimativas revelaram que, em 2023, em cinco das FTC mais de 95% das PVVIH conheciam o seu diagnóstico.

O número expressivo de novos casos de infecção por VIH e as elevadas proporções de diagnósticos tardios, com particular expressão entre os homens heterossexuais e as pessoas com 50 ou mais anos, justifica o reforço na implementação e desenvolvimento de ações dirigidas à promoção do rastreio e diagnóstico precoces e à prevenção da transmissão dirigidas a essas populações específicas. Os HSH jovens e os migrantes, independentemente do sexo, devem também ser alvo de ações dirigidas, com especial foco na prevenção e no rastreio.

Em 2024, foram distribuídos, através do PNISTVIH, mais de seis milhões e seiscentos preservativos externos e internos e mais de um milhão e oitocentas mil embalagens de gel lubrificante. O Programa Troca de Seringas (PTS) permitiu a distribuição de mais de novecentas e sessenta mil seringas em 2024, totalizando cerca de sessenta e seis milhões de seringas entre a população de utilizadores de drogas injetadas, desde a sua implementação.

No que diz respeito à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao VIH, 2024 registou um aumento no número de pessoas abrangidas por esta importante estratégia de prevenção, quer em contexto de dispensa hospitalar, quer por prescrição e dispensa através das farmácias comunitárias, maioritariamente entre pessoas do sexo masculino e HSH. A Profilaxia Pós-Exposição (PPE) beneficiou mais de duas mil e duzentas pessoas, maioritariamente do sexo masculino, em contexto de risco não ocupacional.

Foram realizados cerca de sessenta e oito mil testes rápidos para VIH em diversas estruturas de saúde e estruturas comunitárias, assim como a prescrição e realização de mais de seiscentos e vinte e cinco testes no âmbito dos cuidados de saúde primários e hospitalares do SNS, verificando-se uma diminuição no número de testes rápidos realizados, em comparação com o ano de 2023. Adicionalmente, em 2024 foram dispensadas cinco mil seiscentos e cinquenta e nove autotestes, mantendo a tendência crescente no número de autotestes dispensados anualmente, pelas farmácias comunitárias.

Portugal manteve uma participação internacional significativa junto do ECDC, OMS e ONUSIDA, com particular destaque para o trabalho desenvolvido em sede do Programme Coordinating Board da ONUSIDA, enquanto Estado-Membro, num período particularmente crítico da reforma das Nações Unidas, da reestruturação do modelo operacional do Programa Conjunto para o VIH/SIDA e da elaboração da nova Estratégia Global da SIDA 2026-2031, com metas ambiciosas, num contexto de significativas alterações sociais, geopolíticas e económicas.

Abstract

This report presents the most recent data from the epidemiological surveillance of HIV infection in Portugal, as well as the outcomes of prevention and testing initiatives developed under the National Programme for Sexually Transmitted Infections and HIV (PNISTVIH).

As of June 30, 2025, a total of 997 new HIV cases diagnosed in 2024 had been reported in Portugal (9,3 cases/ 10^5 inhabitants). Of these, 951 diagnoses occurred within the country (8,8 cases/ 10^5 inhabitants), not adjusted for reporting delay. The majority of the cases diagnosed in Portugal, occurred in men (2,7 cases for every case in women). Five cases were reported in individuals under 15 years of age, in three of them, the transmission and diagnosis occurred in Portugal. Among the remaining cases, the median age at diagnosis was 37,0 years, and 27,6% were under 30 years old – most of them (68,7%) being men who have sex with men (HSH), which presented the lowest median age (31,0 years). The highest diagnosis rate was observed in the 25–29-year age group, 28,5 cases/ 10^5 inhabitants, with a higher expression among men (46,0 cases/ 10^5 inhabitants). The Lisbon Area accounted for 33,2% of cases (14,6 cases/ 10^5 inhabitants), followed by the Península of Setúbal, which had the second highest rate of new diagnosis (13,3 cases/ 10^5 inhabitants). Most of these new cases (53,6%) occurred among individuals born abroad. However, Portugal was indicated as the probable country of infection in 52,5% of cases with available information, and in 69,9% of cases among people from Latin America. Sexual transmission was reported in 97,0% of the cases diagnosed in 2024, predominantly through heterosexual contact (52,5%), although 60,6% of new male diagnoses occurred among HSH. At the first clinical evaluation, asymptomatic cases predominated (58,5%), but the presentation to healthcare was late in 53,9% of the cases (TCD4+ <350 cells/mm³), particularly among individuals aged 50 or older at the time of the diagnosis (65,4%) and among men with heterosexual transmission (67,6%). In 2024, 194 new AIDS cases were diagnosed in Portugal (1,8 cases/ 10^5 inhabitants), a higher figure than in the previous two years, and the pneumocystosis was the most frequent AIDS-defining disease, referred in 24,7% of the cases. A total of 108 deaths were reported in 2024, 46,3% of which occurred more than 20 years after the initial HIV diagnosis.

Between 1983 and 2024, 66 421 of HIV cases were diagnosed in Portugal, of which 23 946 progressed to AIDS in the country. In the most recent decade, 2015–2024, there was a 35% reduction in number of new HIV infection cases and a 43% reduction in new AIDS cases, provisional values for not being adjusted for reporting delay. The downward trend remains steady, but Portugal continues to present rates of new HIV and AIDS diagnoses higher than the average values recorded in the European Union. A cumulative total of 16 050 deaths among people living with HIV have been reported, 11 294 of whom had reached the AIDS stage. The analysis of the causes of death, revealed that since 2021 deaths from other causes have become more prevalent than deaths from causes related to HIV infection. The latter were mostly due to infections of various etiologies, whereas non-HIV-related deaths were most frequently caused by neoplasms and circulatory system diseases.

Estimates for 2023 showed that, 49 699 people were living with HIV in Portugal, 94,2% of whom were diagnosed, indicating that Portugal was close to achieving the first UNAIDS target. The proportion of undiagnosed infections was highest among heterosexual men (7,9%) and lowest among people who inject drugs (UDI) (1,1%). In the year of analysis, the mean time between infection and diagnosis was estimated at 3,7 years, varying with the transmission mode. Complete continuum of care data was obtained from 26 national hospitals, related to 36,184 people living with HIV (PLHIV), and it was found that 97,8% were receiving treatment and 95,9% of those were virally suppressed.

ABSTRACT

The characterization of the HIV epidemic in the 12 Portuguese Fast-Track Cities (FTC) showed the existence of two distinct patterns: in some, cases predominantly occur in men, young people and mostly HSH, with earlier diagnosis; in others, cases of heterosexual transmission prevail, with a more balanced distribution by sex, older age, and later diagnosis. In five FTC, estimates indicated that over 95% of PVVIH were aware of their diagnosis.

The significant number of new HIV infections cases and the high proportion of late diagnoses, with particular expression among heterosexual men and people aged 50 or over, justify strengthening the implementation and development of actions aimed at promoting testing and early diagnosis and preventing transmission among these specific populations. Young HSH and migrants, regardless of gender, should also be targeted, with a particular focus on prevention and testing.

In 2024, more than six million six hundred external and internal condoms and more than one million eight hundred thousand packs of lubricant were distributed through the PNISTVIH. The Syringes Exchange Program (PTS) enabled the distribution of more than nine hundred and sixty thousand syringes in 2024, totalling approximately sixty-six million syringes among people who inject drugs, since its implementation.

Regarding HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP), 2024 registered an increase in the number of people covered by this important prevention strategy, both in the context of hospital dispensing and through prescription and dispensing by community pharmacies, mainly among males and HSH. Post-Exposure Prophylaxis (PPE) benefitted more than two thousand two hundred people, mostly males, in non-occupational risk contexts.

Approximately sixty-eight thousand rapid HIV tests were carried out in various health and community facilities, as well as more than six hundred and twenty-five tests were prescribed and carried out in primary healthcare and hospitals within the SNS, representing a decrease in the number of rapid tests carried out, compared to 2023. In addition, in 2024, five thousand six hundred and fifty-nine self-tests were dispensed, maintaining the upward trend in the number of self-tests dispensed annually by community pharmacies.

Portugal maintained a significant international participation in the ECDC, WHO, and UNAIDS, with particular emphasis on the work carried out within the UNAIDS Programme Coordinating Board, as a Member State, during a particularly critical period of the United Nations reform, restructuring of the operational model of the Joint Programme on HIV/AIDS, and the development of the new Global AIDS Strategy 2026-2031, with ambitious goals, in a context of significant social, geopolitical, and economic changes.

Lista de siglas e abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde	ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA
AFP	Associação de Farmácias de Portugal	PALOP	Países africanos de língua oficial portuguesa
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>	PEM	Prescrição Eletrónica Médica
A.M.	Área metropolitana	PCB	<i>Programme Coordinating Board (UNAIDS)</i>
ANF	Associação Nacional das Farmácias	PNISTVIH	Programa Nacional para as Infecções Sexualmente Transmissíveis e Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana
ARS	Administração Regional de Saúde	PrEP	Profilaxia pré-exposição
CAD	Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH	PPE	Profilaxia pós-exposição
CID-10	10 ^a edição da Classificação Internacional de Doenças	PTS	Programa Troca de Seringas
CISS	Centro Integrado de Saúde Sexual	PLHIV	<i>People living with HIV</i>
COVID-19	Doença por coronavírus, 2019	PVVIH	Pessoas que vivem com VIH
CSP	Cuidados de saúde primários	R.A.	Região Autónoma
DGRSP	Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais	R.R.	<i>rate ratio/ razão de taxas</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde	SICO	Sistema de Informação dos Certificados de Óbito
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>	SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
ERRMD	Equipas de redução de riscos e minimização de danos	SI.VIDA	Sistema de informação para a infecção VIH e SIDA
FNSC	Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA, Tuberculose e Hepatites Virais	SNS	Serviço Nacional de Saúde
FTC	<i>Fast track cities</i>	SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
HSH	Homens que têm sexo com homens	TS	Trabalhadoras/es do sexo
ICAD	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.	UDI	Utilizadores de drogas injetadas
INE	Instituto Nacional de Estatística, I.P.	UE/EEE	União Europeia / Espaço Económico Europeu
IST	Infecções sexualmente transmissíveis	UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos	VHB	Vírus da hepatite B
OBC	Organizações de base comunitária	VHC	Vírus da hepatite C
ODS	Objetivos de desenvolvimento sustentável	VIH	Vírus da imunodeficiência humana
OMS	Organização Mundial da Saúde	VIH 1	Vírus da imunodeficiência humana do tipo 1
ONG	Organizações não-governamentais	VIH 2	Vírus da imunodeficiência humana do tipo 2



Capítulo I

Vigilância

Epidemiológica

I.1. Informação epidemiológica - 2024

I.1.1. Novos casos de infecção por VIH

Até 30 de junho de 2025, foram notificados 997 novos casos de infecção por VIH com diagnóstico realizado entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2024. Em 951 destes o diagnóstico ocorreu em Portugal. A maioria dos casos registou-se em indivíduos com idade superior ou igual a 15 anos ([quadro 1](#)). A taxa de novos casos de infecção por VIH com diagnóstico em 2024 foi de 9,3 casos por 10^5 habitantes e a taxa apurada para os novos diagnósticos ocorridos em Portugal foi de 8,8 casos por 10^5 habitantes. Estas taxas não foram ajustadas para o atraso de notificação.

Quadro 1. Novos casos de infecção por VIH com diagnóstico em 2024.

	Total		Diagnóstico em Portugal			
	Nº casos	%	Casos/ 10^5 habitantes	Nº casos	%	Casos/ 10^5 habitantes
Adolescentes e adultos (≥ 15 anos)	992	99,5	10,6	948	99,7	10,1
Crianças (< 15 anos)	5	0,5	0,4	3	0,3	0,2
Total	997	100,0	9,3	951	100,0	8,8

Fonte: DGS-SINAVE

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

Foram notificados cinco casos de infecção por VIH em crianças com idade inferior a 15 anos, com diagnóstico em 2024, três dos quais com diagnóstico em Portugal. Estes últimos correspondiam a crianças nascidas no país, duas do sexo masculino e uma do sexo feminino. Um dos casos foi diagnosticado no primeiro ano de vida e os restantes tinham entre 1 e 4 anos. Foi referida transmissão mãe-filho nos três casos.

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

As alterações efetuadas, em 2022, no formulário da notificação clínica de infecção por VIH e SIDA, da plataforma informática de apoio ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), tornou possível a identificação de forma mais clara dos casos com diagnóstico em Portugal, que traduzem a verdadeira incidência de diagnósticos no país. Importa especificamente conhecer as características dos casos diagnosticados no país para informar as intervenções de saúde pública, pelo que de seguida são descritas as características apenas destes casos.

Os 948 casos em adolescentes e adultos, com diagnóstico durante o ano 2024, ocorreram maioritariamente em homens (72,3%), os casos em mulheres representaram 27,2% do total, o que corresponde a uma razão homem/mulher (H/M) de 2,7. Registaram-se cinco diagnósticos em pessoas transgénero.

A idade à data de diagnóstico situou-se entre os 20 e os 39 anos em 65,1% dos novos casos, enquanto 25,2% dos casos apresentavam uma idade igual ou superior a 50 anos. A taxa mais elevada de novos diagnósticos, 28,5 casos/ 10^5 habitantes, registou-se no grupo etário dos 25-29 anos ([quadro 2](#)). A estratificação por sexo revelou que foi também neste grupo etário, tanto nos homens como nas mulheres, que se observou a taxa de novos diagnósticos mais elevada (46,0 casos/ 10^5 homens e 9,6 casos/ 10^5 mulheres).

Quadro 2. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.

Grupo etário	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Casos/ 10^5 habitantes	n	%	Casos/ 10^5 habitantes	N	%	Casos/ 10^5 habitantes
15-19 anos	4	0,6	1,5	2	0,8	0,8	6	0,6	1,1
20-24 anos	69	10,1	23,8	18	7,0	6,4	87	9,2	15,2
25-29 anos	139	20,3	46,0	28	10,9	9,6	169	17,8	28,5
30-39 anos	203	29,6	32,7	58	22,5	9,4	264	27,8	21,3
40-49 anos	125	18,2	16,8	58	22,5	7,3	183	19,3	11,9
50-59 anos	92	13,4	12,5	58	22,5	7,1	150	15,8	9,6
≥ 60 anos	53	7,7	3,6	36	14,0	1,9	89	9,4	2,6
Total	685	100,0	13,3	258	100,0	4,6	948	100,0	8,8

Fonte: DGS-SINAVE

Nota: foram diagnosticados 5 casos em pessoas trans, pelo que, para alguns grupos etários e no global, o total é superior à soma das partes.

A idade mediana à data do diagnóstico apurada para o total de casos foi de 37,0 anos [Percentil 25 e 75 – (P25-P75): 29,0-50,0] (quadro 3). Verificou-se que a idade mediana dos casos em homens é inferior à dos casos em mulheres (36,0 anos vs 43,0 anos). Os casos correspondentes a homens que têm sexo com homens (HSH) apresentaram uma mediana de idades de 31,0 anos que, à semelhança do observado para o ano transato¹, é 13 anos inferior à observada nos casos de homens que referem transmissão heterossexual (44,0 anos).

Quadro 3. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão.

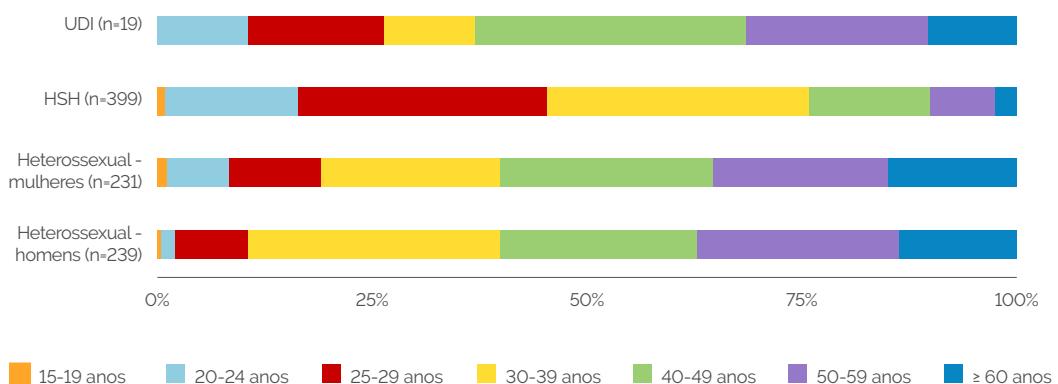
	Idade mediana	Percentil	
		P25	P75
Todos os novos casos (≥ 15 anos)	37,0	29,0	50,0
Homens	36,0	28,0	47,0
Mulheres	43,0	33,0	55,0
Heterossexual - homens	44,0	35,0	54,0
Heterossexual - mulheres	43,0	33,0	55,0
HSH	26,0	31,0	39,0
UDI	28,0	43,0	53,0

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

Fonte: DGS-SINAVE

A idade à data de diagnóstico foi inferior a 30 anos em 45,1% (180/399) dos casos em HSH (figura 1) e que corresponderam a 84,9% (180/212) dos casos diagnosticados em homens com idades entre 15 e 29 anos.

Dos casos em que a transmissão ocorreu por contacto heterossexual apenas 14,7% (69/470) foram diagnosticados em indivíduos com menos de 30 anos, observando-se que 36,4% (171/470) indicavam idade superior ou igual a 50 anos, o que corresponde a 71,5% (171/239) dos novos casos registados nesse grupo etário.



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

Fonte: DGS-SINAVE

Figura 1. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) segundo o grupo etário para os modos de transmissão mais frequentes.

Na análise da informação relativa à residência à data da notificação, de acordo com as regiões definidas pela Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) II de 2024², verificou-se que a maior proporção de novos casos (33,2%) residia na Grande Lisboa, na região Norte (28,3%) e na Península de Setúbal (11,9%) (quadro 4). A taxa mais elevada de novos diagnósticos (14,6 casos/ 10^5 habitantes) foi também registada na Grande Lisboa, seguindo-se a Península de Setúbal (13,3 casos/ 10^5 habitantes) e a Região Autónoma da Madeira (8,5 casos/ 10^5 habitantes).

A desagregação ao nível dos distritos de residência mostrou que os três distritos com o maior número de novos diagnósticos foram, por ordem decrescente, Lisboa (n=328), Porto (n=170) e Setúbal (n=123), enquanto as taxas mais elevadas de novos diagnósticos foram registadas entre os habitantes do distrito de Lisboa (15,5 casos/ 10^5 habitantes), de Setúbal (10,0 casos/ 10^5 habitantes) e do Porto (8,4 casos/ 10^5 habitantes). Ao nível dos concelhos de residência verifica-se que o maior número de diagnósticos ocorreu entre os habitantes de Lisboa (n=109), Sintra (n=55) e Porto (n=47), contudo, considerando apenas os concelhos com número superior a cinco casos, as taxas de diagnóstico mais elevadas observaram-se nos concelhos de Palmela (30,9 casos/ 10^5 habitantes), Albufeira (22,5 casos/ 10^5 habitantes) e Amadora (19,3 casos/ 10^5 habitantes).

Quadro 4. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.

Região NUTS II	n	%	Casos/ 10^5 habitantes
Norte	268	28,3	7,3
Centro	111	11,7	6,5
Oeste e Vale do Tejo	59	6,2	6,8
Grande Lisboa	315	33,2	14,6
Península de Setúbal	113	11,9	13,3
Alentejo	21	2,2	4,4
Algarve	30	3,2	6,1
Região Autónoma dos Açores	9	0,9	3,7
Região Autónoma da Madeira	22	2,3	8,5
Total	948	100,0	8,8

Fonte: DGS-SINAVE

A informação relativa ao país ou região geográfica de origem, apresentada no **quadro 5**, foi apurada com base no país de naturalidade para 933 casos (98,4%) e para os restantes, na ausência desta informação, foi considerado o país de nacionalidade.

Quadro 5. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Portugal	334	48,8	103	39,9	439	46,3
África Subsariana	115	16,8	122	47,3	237	25,0
América Latina	207	30,2	27	10,5	237	25,0
Europa (outros países)	17	2,5	3	1,2	20	2,1
Outras	12	1,8	2	0,8	14	1,5
Sem informação	0	0,0	1	0,4	1	0,1
Total	685	100,0	258	100,0	948	100,0

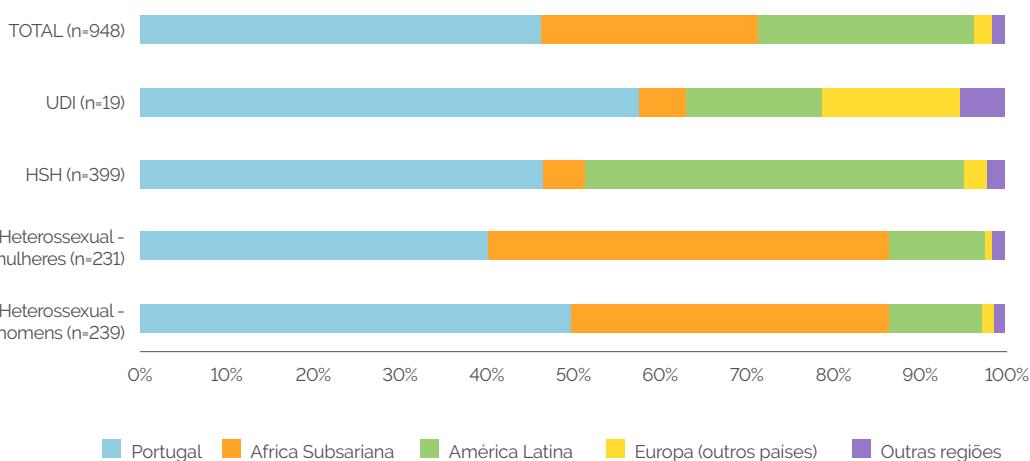
Fonte: DGS-SINAVE

Nota: foram diagnosticados 5 casos em pessoas trans, pelo que, para algumas regiões e no global, o total é superior à soma das partes.

Verificou-se que 46,3% dos casos são de pessoas naturais de Portugal ou com nacionalidade portuguesa e que a maioria dos diagnósticos ocorridos em 2024 (53,6%) corresponde a pessoas originárias de outros países. Dos 508 casos em indivíduos procedentes de outros países, igual número provém de países da América Latina e África Subsariana (237; 46,7%), estes últimos maioritariamente (95,8%) de países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). A estratificação por sexo, revelou que a proporção de casos em homens e em mulheres oriundos de outros países é também superior às observadas para os originários de Portugal. O maior número de casos em homens estrangeiros, observa-se em indivíduos originários da América Latina (207/351; 59,0%), enquanto as mulheres provenientes de outros países eram, maioritariamente, originárias de países africanos (79,2%; 122/154).

A análise da mesma informação desagregada para as três principais formas de transmissão (**figura 2**), mostrou também que os casos de transmissão heterossexual em homens e mulheres e nos casos em HSH registaram-se maioritariamente em pessoas originárias de outros países, respetivamente, 50,2%, 58,4% e 53,4%. Para os casos de transmissão heterossexual em pessoas oriundas de outros países, apurou-se que a maioria das mu-

lheres (77,5%; 107/138) e dos homens (73,3%; 88/120) provêm da África Subsariana. Nos 399 casos em HSH, 43,9% (n=175) são originários de países da América Latina e 46,6% (n=186) nasceram em Portugal. Nos casos em utilizadores de drogas injetadas (UDI) predominou a naturalidade portuguesa (57,9%).



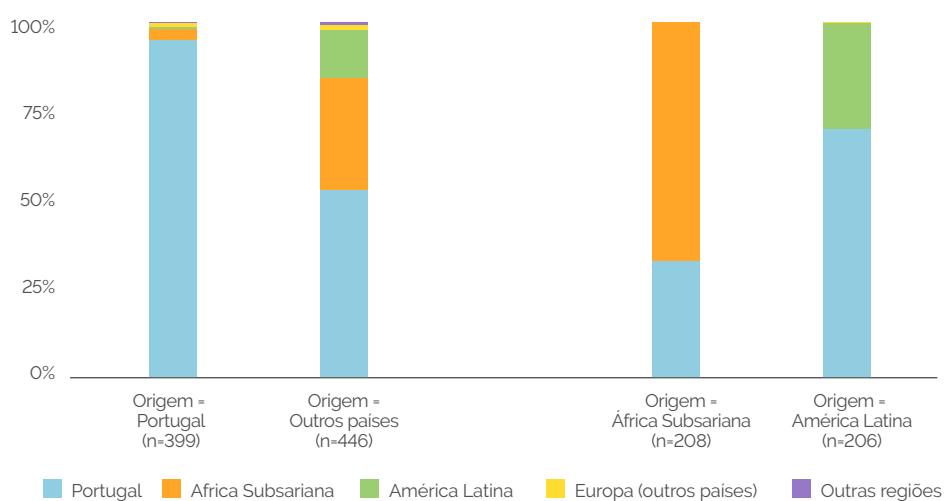
Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

Fonte: DGS-SINAVE

Figura 2. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) da origem geográfica dos indivíduos por modo de transmissão.

No formulário de notificação dos casos de infecção por VIH é também recolhida informação relativa ao país onde terá ocorrido a infecção, que foi conhecido em 89,1% (n=845) dos casos com diagnóstico em 2024. Em 61,4% destes casos o país de provável contágio é igual ao país de nascimento, os restantes referem que, provavelmente, a infecção terá ocorrido noutro país. Portugal é referido como o país de provável infecção em 72,4% do total de casos com informação disponível (612/845).

Na **figura 3** apresenta-se a distribuição dos casos com diagnóstico no período em análise, segundo o país ou região onde existe maior probabilidade de ter ocorrida a infecção, para os casos em que a origem geográfica é conhecida.



Fonte: DGS-SINAVE

Figura 3. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do país/região de provável aquisição da infecção, segundo a origem geográfica.

Foi possível constatar que em 94,7% (378/399) dos casos diagnosticados em indivíduos provenientes de Portugal a infeção terá ocorrido no país e que também referiram ter contraído a infeção por VIH em Portugal 52,5% (234/446) dos casos referentes a pessoas oriundas de outros países. Contudo, quando estratificados por região de origem, considerando as duas regiões de onde provém o maior número de casos, observa-se que 67,3% (140/208) dos casos com origem em países da África Subsariana adquire a infeção foi adquirida em países da mesma região geográfica, enquanto 69,9% (144/206) dos casos procedentes de países da América Latina adquire infeção em Portugal.

A informação referente à forma de transmissão, disponível em 94,5% (896/948) dos casos notificados, revelou que em 97,0% (869/896) destes a transmissão foi sexual ([quadro 6](#)). A transmissão por contactos heterossexuais e por relações sexuais entre homens foi referida em, respetivamente, 52,5% (470/896) e 44,5% (399/896) dos casos com informação na variável. Os casos em UDI corresponderam a 2,1% (19/896) do total com informação.

Quadro 6. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por modo de transmissão e sexo.

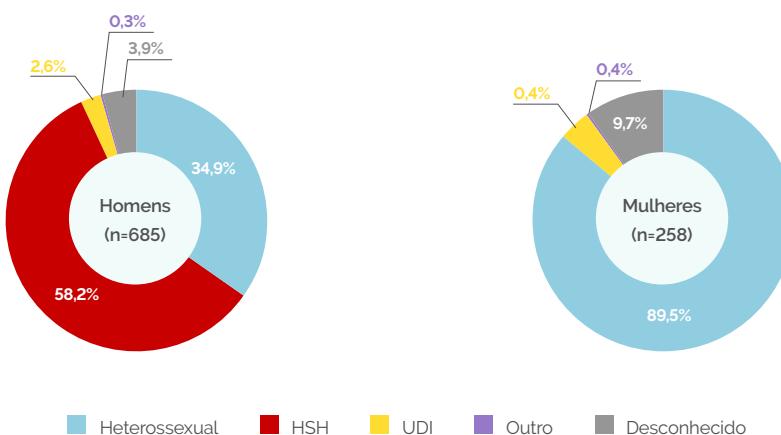
Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	239	34,9	231	89,5	470	49,6
HSH	399	58,2	0	-	399	42,1
UDI	18	2,6	1	0,4	19	2,0
Outro	2	0,3	1	0,4	8	0,8
Desconhecido	27	3,9	25	9,7	52	5,5
Total	685	100,0	258	100,0	948	100,0

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

Fonte: DGS-SINAVE

Nota: foram diagnosticados 5 casos em pessoas transgénero, pelo que, para alguns modos de transmissão e no global, o total é superior à soma das partes.

A estratificação por sexo da informação relativa ao modo de transmissão, apresentada na [figura 4](#), mostrou que os casos com diagnóstico em 2024 associados a transmissão por relações sexuais entre homens (n=399) constituíram 58,2% dos novos diagnósticos em homens, 60,6% (399/658) se considerados apenas os casos em que é indicado o modo de transmissão.



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

Fonte: DGS-SINAVE

Nota: Foram diagnosticados 5 casos em pessoas trans, não incluídos na figura.

Figura 4. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do modo de transmissão por sexo.

O tipo de vírus foi reportado em 99,0% (939/948) dos novos casos com diagnóstico em 2024, verificando-se que a maioria dos casos com informação disponível (98,8%; 922/939) refere infeção por VIH do tipo 1 (VIH-1). No período em análise foram diagnosticadas 15 infeções por VIH do tipo 2 (VIH-2). Esses diagnósticos ocorreram maioritariamente em mulheres (66,7%; 10/15), em pessoas com 50 ou mais anos (53,3%; 8/15) e em oriundos da Guiné-Bissau (80,0%; 12/15).

O estádio clínico na avaliação inicial foi conhecido em 94,0 % (891/948) dos casos com diagnóstico em 2024 e a maioria destes (62,3%; 555/891) foram classificados como assintomáticos ([quadro 7](#)). Identificaram-se 45 casos em que o diagnóstico foi efetuado na fase aguda da infeção, 73,3% dos quais em homens, e nestes, 75,8% (25/33) referiam transmissão por relações sexuais com outros homens. A estratificação por sexo revelou uma percentagem superior de diagnósticos em estádio SIDA nos casos em mulheres.

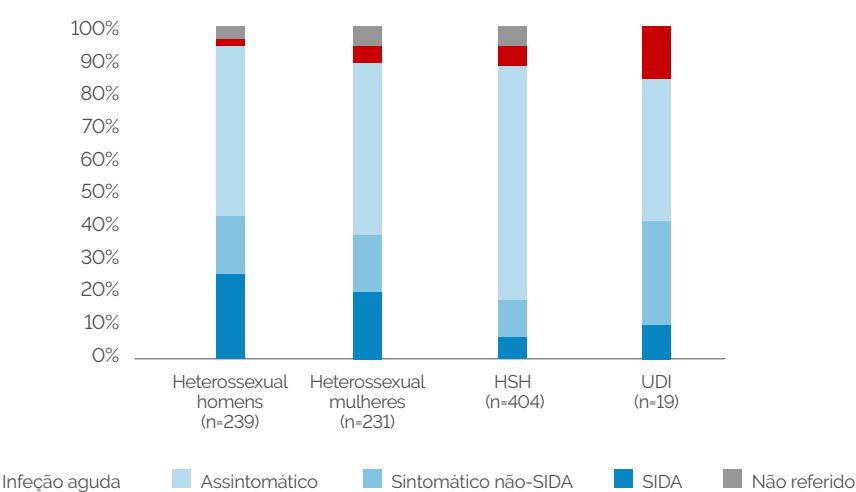
Quadro 7. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por estádio inicial e sexo.

Estádio clínico	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Infeção Aguda	33	4,8	12	4,7	45	4,7
Portador Assintomático	423	61,6	130	50,4	555	58,5
Sintomático Não-SIDA	94	13,7	44	17,1	139	14,7
SIDA	96	14,0	56	21,7	152	16,0
Sem informação	41	6,0	16	6,2	57	6,0
Total	687	100,0	258	100,0	948	100,0

Fonte: DGS-SINAVE

Nota: foram diagnosticados 5 casos em pessoas trans, pelo que, para alguns estádios e no global, o total é superior à soma das partes.

A menor proporção de casos com diagnóstico concomitante de SIDA (6,9%) ocorreu em HSH, que se apresentaram maioritariamente assintomáticos (69,8%) ([figura 5](#)). Em 43,5% dos casos com transmissão heterossexual em homens foi reportado estarem sintomáticos ou em estádio SIDA na primeira avaliação clínica. No total, foram identificados 152 casos em que ocorreu um diagnóstico de SIDA à data do diagnóstico de infeção por VIH e que correspondem a 17,0% dos casos com informação relativa ao estádio (152/891).



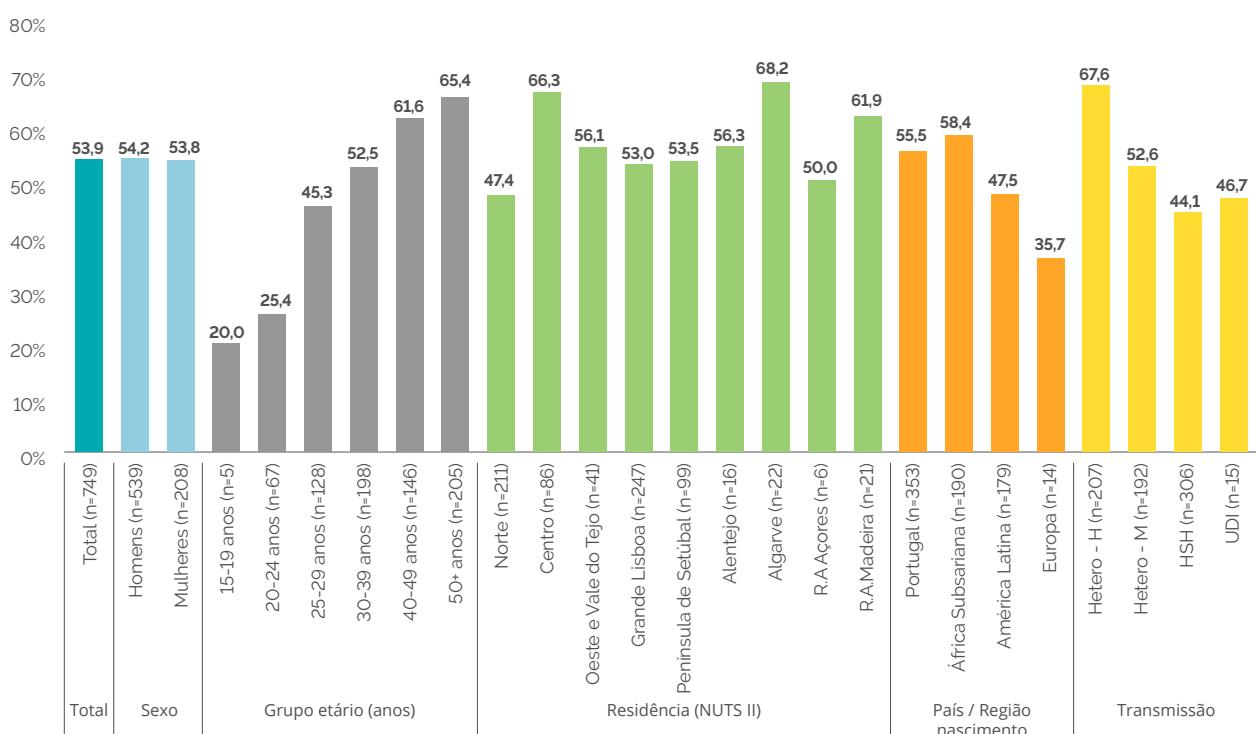
Legenda: HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

Fonte: DGS-SINAVE

Figura 5. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do estádio clínico por modo de transmissão.

O número de linfócitos TCD4+ (CD4) da primeira avaliação laboratorial constitui ainda outro indicador de precoceidade dos diagnósticos de infecção por VIH, monitorizado na vigilância epidemiológica desta infecção. É consensual que valores de contagens de CD4 inferiores a 350 células/mm³ indicam tratar-se de uma apresentação tardia aos cuidados de saúde³ e valores inferiores a 200 células/mm³ são sinónimo de doença avançada. Sendo frequente observar-se uma redução transitória do número de CD4 no período inicial da infecção por VIH, o que eventualmente pode levar à classificação incorreta desses casos como correspondendo a apresentação tardia, devem ser excluídos da avaliação epidemiológica os casos em que é reportado o estádio clínico "infecção aguda", contudo, devem ser incluídos no denominador.

Em 79,0% das notificações de casos com diagnóstico em 2024 foi registada informação relativa aos valores obtidos nas contagens de CD4. Constatou-se que 53,9% destas referiam valores <350 células/mm³, revelando uma apresentação tardia aos cuidados clínicos. As contagens foram <200 células/mm³ em 36,3% do total de casos com informação.



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

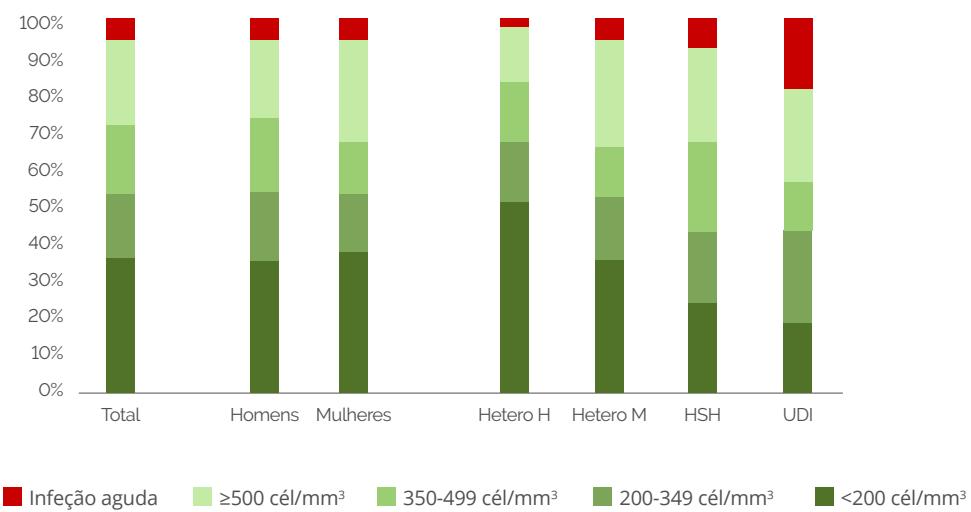
Fonte: DGS-SINAVE

Nota: Esta figura não inclui os casos sem informação relativa aos valores da contagem de CD4. Na distribuição por sexo não estão incluídos 2 casos em pessoas transgênero.

Figura 6. Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2024 - distribuição (%) dos casos com diagnósticos tardios (CD4<350 células/mm³) de acordo com o sexo, idade, residência, origem e modo de transmissão.

A proporção de casos com contagens de CD4<350 células/mm³ segundo diferentes características, ilustrada na figura 6, revelou uma proporção de diagnósticos tardios semelhante em ambos os sexos, um aumento proporcional ao aumento da idade à data de diagnóstico, sendo atingido o valor mais elevado (65,4%) nos casos com 50 ou mais anos, tal como observado em anos anteriores¹. Relativamente à origem geográfica, constatou-se que os casos em pessoas oriundas de países da África Subsariana apresentaram-se mais tarde que os provenientes de outras regiões. Os casos com residência na região do Algarve e na região Centro apresentaram-se em maior proporção tardivamente (68,2% e 66,3%) do que os residentes nas restantes regiões NUTS II.

No que se refere ao modo de transmissão, e também à semelhança do observado nos anos anteriores, foi nos casos de homens infetados por relações heterossexuais que se observou a proporção mais elevada de diagnósticos tardios, 67,6%. Foi também neste grupo que se identificou a proporção mais elevada (51,0%) de diagnósticos em fase avançada da doença, ou seja, com contagens de CD4 <200 células/mm³ (figura 7).



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

Fonte: DGS-SINAVE

Nota: Esta figura não inclui os casos sem informação relativa aos valores da contagem de CD4.

Figura 7. Novos casos de infecção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2024 - distribuição (%) das contagens iniciais de CD4 e estádio de infecção aguda, de acordo com o sexo e modo de transmissão.

Em 2022, foi consensualizada e publicada uma atualização da abordagem para avaliação dos diagnósticos tardios⁴. Esta resulta numa classificação dicotómica em que são identificados como diagnósticos “não tardios” os casos que correspondam a infecções agudas (com evidência laboratorial ou clínica), bem como os casos que tenham um teste VIH negativo nos 12 meses antes do diagnóstico, em ambas as situações independentemente do valor das contagens de CD4. Nos casos em que não se verifique nenhuma destas condições, a classificação é feita segundo os valores obtidos na contagem de CD4, sendo classificados como diagnósticos “não tardios” se estes forem superiores ou iguais a 350 células/mm³. O diagnóstico concomitante de condição definidora de SIDA indicará ser um diagnóstico tardio, independentemente do número de CD4, exceto se houver evidência de um teste VIH negativo nos últimos 12 meses.

Os resultados desta abordagem relativos aos casos com diagnóstico em 2024 são apresentados no [quadro 8](#). Os valores apurados para o diagnóstico tardio são na maioria inferiores aos obtidos na abordagem assente apenas na contagem de CD4 e apresentados na [figura 6](#).

Quadro 8. Novos casos de infeção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: diagnósticos tardios (%) segundo a nova definição, por sexo e modo de transmissão.

Diagnóstico tardio	Sexo		Modo de transmissão										Total	
	Homens		Mulheres		Hetero - H		Hetero - M		HSH		UDI		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
SIM	284	50,0	117	54,2	139	66,2	106	53,5	127	38,4	8	47,1	401	51,0
NÃO	284	50,0	99	45,8	71	33,8	92	46,5	204	61,6	9	52,9	385	49,0
Total (com informação para classificação)	568	100,0	216	100,0	210	100,0	198	100,0	331	100,0	17	100,0	786	100,0

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

Fonte: DGS-SINAVE

I.1.2. Novos casos de SIDA

Durante o ano 2024 foram diagnosticados em Portugal 194 novos casos de SIDA ([quadro 9](#)). A taxa de novos diagnósticos de SIDA para o ano 2024 foi 1,8 casos/ 10^5 habitantes. O diagnóstico de SIDA foi concomitante com o diagnóstico de infeção por VIH em 78,4% dos casos (152/194), os restantes 42 casos decorreram de evolução para estádio SIDA.

Quadro 9. Novos casos de SIDA diagnosticados em 2024.

	Total			Diagnóstico SIDA em Portugal		
	Nº casos de SIDA	%	Casos/ 10^5 habitantes	Nº casos de SIDA	%	Casos/ 10^5 habitantes
Adolescentes e adultos (≥ 15 anos)	194	100,0	2,1	194	100,0	2,1
Crianças (<15 anos)	0	0,0	-	0	0,0	-
Total	194	100,0	1,8	194	100,0	1,8

Fonte: DGS-SINAVE

Dos 194 casos de SIDA diagnosticados no ano em análise, 125 (64,4%) registaram-se em homens e 69 (35,6%) em mulheres, o que revela uma razão H/M de 1,8. A maioria dos novos casos de SIDA (66,0%) ocorreu em indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, no entanto, a incidência mais elevada, 3,4 casos/ 10^5 habitantes, observou-se no grupo etário 30-39 anos. A desagregação por sexo revelou que a incidência mais elevada de SIDA nos homens observou-se no grupo etário dos 25-29 anos (5,3 casos/ 10^5 habitantes), nas mulheres ocorreu no grupo dos 30 aos 39 anos (2,4 casos/ 10^5 habitantes) ([quadro 10](#)). A idade mediana à data do diagnóstico de SIDA nos casos de 2024 foi de 45,0 anos (P25-75: 36,0-56,0) ([quadro 11](#)). As medianas de idades foram mais elevadas nos casos de SIDA em homens (48,0 anos) e entre os casos de homens que referiam transmissão heterossexual (50,0 anos), as mais baixas registaram-se nos casos em HSH (36,5 anos).

Quadro 10. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.

Grupo etário	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Casos/ 10^5 habitantes	n	%	Casos/ 10^5 habitantes	n	%	Casos/ 10^5 habitantes
15-19 anos	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
20-24 anos	2	1,6	0,7	3	4,3	1,1	5	2,6	0,9
25-29 anos	16	12,8	5,3	3	4,3	1,0	19	9,8	3,2
30-39 anos	27	21,6	4,4	15	21,7	2,4	42	21,6	3,4
40-49 anos	30	24,0	4,0	16	23,2	2,0	46	23,7	3,0
50-59 anos	32	25,6	4,3	19	27,5	2,3	51	26,3	3,3
≥ 60 anos	18	14,4	1,2	13	18,8	0,7	31	16,0	0,9
Total	125	100,0	2,4	69	100,0	1,2	194	100,0	1,8

Fonte: DGS-SINAVE

Quadro 11. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	Percentil	
		P25	P75
Todos os novos casos de SIDA (≥ 15 anos)	45,0	36,0	56,0
Homens	48,0	38,0	58,0
Mulheres	44,0	35,0	54,0
Heterossexual - homens	50,0	41,0	57,0
Heterossexual - mulheres	47,0	37,0	58,0
HSH	36,5	29,0	44,0
UDI	45,0	40,0	51,0

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

Fonte: DGS-SINAVE

O maior número de diagnósticos de SIDA (n=77) ocorreu em habitantes da região da Grande Lisboa, onde também se observou a incidência de SIDA mais elevada (3,6 casos de SIDA/ 10^5 habitantes) (quadro 12).

Quadro 12. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.

Região NUTS II	Nº casos de SIDA	%	Casos/10 ⁵ habitantes
Norte	39	20,1	1,1
Centro	22	11,3	1,3
Oeste e Vale do Tejo	17	8,8	2,0
Grande Lisboa	77	39,7	3,6
Península de Setúbal	23	11,9	2,7
Alentejo	4	2,1	0,8
Algarve	8	4,1	1,6
Região Autónoma dos Açores	2	1,0	0,8
Região Autónoma da Madeira	2	1,0	0,8
Total	194	100,0	1,8

Fonte: DGS-SINAVE

Apenas 77 dos 194 novos casos de SIDA de 2024 (39,7%) foram registados em indivíduos nascidos em Portugal (quadro 13). Os casos de SIDA em pessoas provenientes de outros países foram a maioria em ambos os sexos, contudo, a proporção é mais elevada nos casos de SIDA em mulheres do que em homens (68,1% vs 55,2%).

Quadro 13. Novos casos de SIDA (≥15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por origem geográfica e sexo.

País/região de origem	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Portugal	56	44,8	21	30,4	77	39,7
África Subsariana	37	29,6	37	53,6	74	38,1
América Latina	28	22,4	8	11,6	36	18,6
Europa (outros países)	3	2,4	2	2,9	5	2,6
Outras regiões	1	0,8	0	0,0	1	0,5
Sem informação	0	0,0	1	1,4	1	0,5
Total	125	100,0	69	100,0	194	100,0

Fonte: DGS-SINAVE

A distribuição dos novos casos de SIDA por modo de transmissão é apresentada no quadro 14 e mostra que a maioria dos casos (67,0%) ocorreu em indivíduos que contraíram a infecção por contacto heterossexual.

Quadro 14. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição por modo de transmissão e sexo.

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	70	56,0	60	87,0	130	67,0
HSH	38	30,4	0	0,0	38	19,6
UDI	9	7,2	0	0,0	9	4,6
Outra	3	2,4	0	0,0	3	1,5
Desconhecido	5	4,0	9	13,0	14	7,2
Total	125	100,0	69	100,0	194	100,0

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

Fonte: DGS-SINAVE

Segundo as definições europeia e nacional de caso de SIDA^{5,6} (Anexo II), a classificação obedece apenas a critérios clínicos sendo necessária a presença de pelo menos uma das doenças definidoras de SIDA que constam da lista publicada em 1993⁷ e apresentada no Anexo III deste relatório, não sendo considerado o critério imunológico (contagem de células TCD4+) como noutras regiões do mundo. Em cada caso podem ser registadas até quatro doenças que constituam o quadro inaugural de SIDA.

A pneumocistose, seguida da candidose esofágica, foram as doenças definidoras de SIDA mais frequentes nos casos com diagnóstico em 2024, como pode ser constatado no [quadro 15](#). A desagregação por sexo e por modo de transmissão revela que são também essas duas doenças as mais frequentemente referidas nos casos de ambos os sexos e nos casos em que a transmissão ocorreu por via sexual.

Quadro 15. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, por sexo.

	Total (n=194)	Homens (n=125)	Mulheres (n=69)	Hetero (n=130)	HSH (n=38)	UDI (n=9)
Doença definidora de SIDA	%	%	%	%	%	%
Pneumocistose	24,7	24,8	24,6	22,3	28,9	33,3
Candidose esofágica	18,6	19,2	17,4	18,5	18,4	11,1
Toxoplasmose cerebral	12,9	11,2	15,9	15,4	2,6	0,0
Tuberculose pulmonar	11,9	12,8	10,1	13,1	2,6	11,1
Tuberculose extrapulmonar (todas as formas)	9,3	9,6	8,7	10,0	5,3	33,3
Síndrome de emaciação por VIH	8,2	10,4	4,3	9,2	10,5	0,0
Criptococose extrapulmonar	7,7	6,4	10,1	8,5	7,9	11,1
Sarcoma de Kaposi	7,2	8,8	4,3	7,7	10,5	0,0
Encefalopatia por VIH	7,2	7,2	7,2	8,5	2,6	11,1
Doença por citomegalovírus	6,7	6,4	7,2	6,2	10,5	0,0

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

Fonte: DGS-SINAVE

Nota: Pode ser referida mais do que uma doença definidora de SIDA por caso, pelo que as percentagens apresentadas não são cumulativas.

I.1.3. Óbitos em pessoas que viviam com VIH

Foram comunicados 108 óbitos, ocorridos em 2024, em pessoas que viviam com VIH, dos quais 48 (44,4%) tinham atingido o estádio SIDA. A taxa de mortalidade, bruta e não ajustada para o atraso de notificação, foi de 1,0 mortes/ 10^5 habitantes. Os óbitos ocorreram maioritariamente em homens (71,3%; 77), para os quais se apurou uma taxa de mortalidade de 1,5 mortes/ 10^5 habitantes.

No total de óbitos ocorridos em 2024 e notificados, a idade mediana à data da morte foi de 60,5 anos (P25-75: 52,0-71,0) ([quadro 16](#)). A idade mais baixa foi encontrada nos óbitos em UDI, 53,0 anos (P25-75: 51,0-58,0) e a mais elevada nos óbitos de homens com transmissão heterossexual, 67,0 anos (P25-75: 56,0-75,0).

Quadro 16. Óbitos ocorridos em 2024: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão

	Idade mediana	Percentil	
		P25	P75
Todos os óbitos	60,5	52,0	71,0
Homens	61,0	52,0	71,0
Mulheres	60,0	51,0	79,0
Heterossexual - homens	67,0	56,0	75,0
Heterossexual - mulheres	64,5	53,0	82,0
HSH	62,0	55,5	73,0
UDI	53,0	51,0	58,0

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

Fonte: DGS-SINAVE

A maioria dos óbitos (54,6%) registou-se em casos de transmissão heterossexual, seguindo-se os óbitos em casos de UDI (26,9%) ([quadro 17](#)). A distribuição por sexo e modo de transmissão mostrou que o número de óbitos mais elevado foi registado em casos do sexo masculino que referiam transmissão heterossexual (n=35).

Quadro 17. Óbitos ocorridos em 2024: distribuição por modo de transmissão e sexo..

Modo de transmissão	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Heterossexual	35	45,5	24	77,4	59	54,6
HSH	16	20,8	0	0,0	16	14,8
UDI	23	29,9	6	19,4	29	26,9
Outro	1	1,3	1	3,2	2	1,9
Desconhecido	2	2,6	0	0,0	2	1,9
Total	77	100,0	31	100,0	108	100,0

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

Fonte: DGS-SINAVE

O tempo decorrido entre o diagnóstico de infecção por VIH e a morte foi superior a 20 anos em 46,3% dos óbitos ocorridos em 2024, sendo esta proporção mais elevada para os óbitos em UDI (79,3%) ([quadro 18](#)). Por outro lado, 17,6% (n=19) dos óbitos ocorreram nos cinco anos após o diagnóstico da infecção por VIH.

Quadro 18. Óbitos ocorridos em 2024: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infecção por VIH e a morte, por sexo e modo de transmissão.

Tempo	Sexo												Modo de transmissão												Total	
	Homens		Mulheres		Hetero-H		Hetero-M		HSH		UDI															
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%				
≤1 ano	11	14,3	2	6,5	8	22,9	2	8,3	1	6,3	1	3,4	13	12,0												
2 a 5 anos	4	5,2	2	6,5	3	8,6	2	8,3	1	6,3	0	0,0	6	5,6												
6 a 10 anos	4	5,2	0	0,0	2	5,7	0	0,0	1	6,3	1	3,4	4	3,7												
11-15 anos	7	9,1	6	19,4	6	17,1	6	25,0	1	6,3	0	0,0	13	12,0												
16-20 anos	14	18,2	8	25,8	9	25,7	6	25,0	3	18,8	4	13,8	22	20,4												
> 20 anos	37	48,1	13	41,9	7	20,0	8	33,3	9	56,3	23	79,3	50	46,3												
Total	77	100,0	31	100,0	35	100,0	24	100,0	16	100,0	29	100,0	108	100,0												

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

Fonte: DGS-SINAVE

I.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2024)

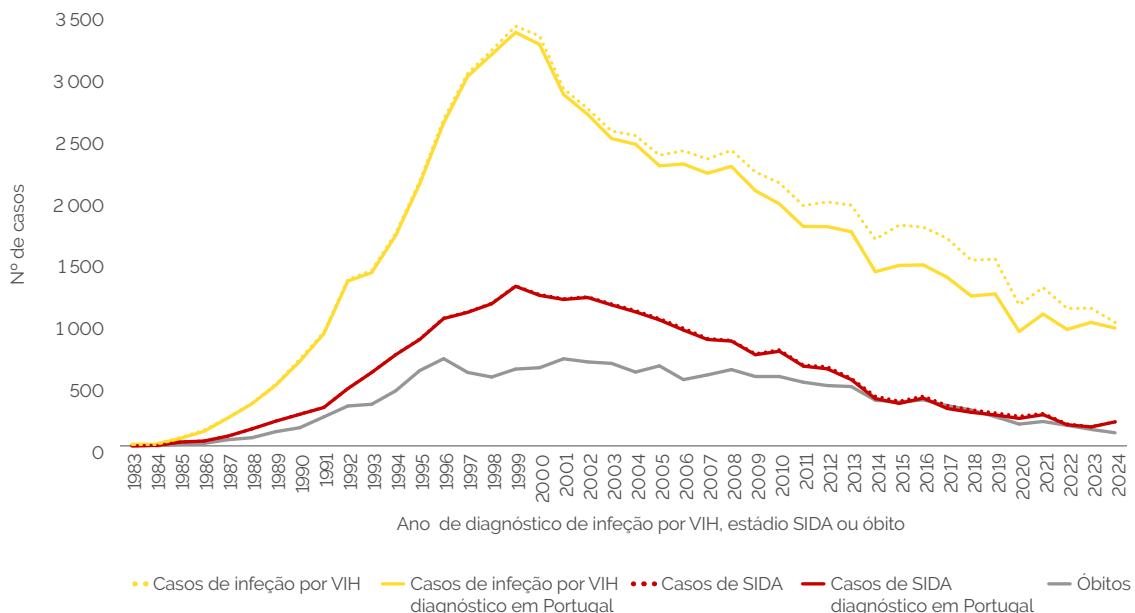
Em Portugal, até 30 de junho de 2025 foram notificados, cumulativamente, 70 859 casos de infecção por VIH, com diagnóstico ocorrido até 31 de dezembro de 2024, dos quais 24 265 atingiram o estádio de SIDA. Foram ainda comunicados 16 050 óbitos em pessoas que viviam com infecção por VIH, ocorridos no mesmo período.

Tal como informado no ponto I.1.1, o formulário da notificação clínica no SINAVE foi melhorado, de modo a permitir, de forma mais clara, recolher informação relativa ao país onde ocorreu o diagnóstico da infecção por VIH. Esta melhoria foi essencial para distinguir os casos com diagnóstico em Portugal dos casos com diagnósticos noutros países e que são notificados por entrarem nos cuidados de saúde no país. Esta alteração veio também permitir responder a requisitos da vigilância epidemiológica europeia, motivados pelo maior fluxo migratório para a maioria dos países da União Europeia (UE) e entre países, e nos quais estão necessariamente incluídas pessoas que vivem com VIH (PVVIH).

Importa referir que os casos com diagnóstico fora do país correspondem não só a estrangeiros, mas também a pessoas nascidas em Portugal. Uma vez residentes em Portugal, estes casos tornam-se prevalentes no país, pelo que devem ser contabilizados como tal, contudo, não deverão ser incluídos nas estatísticas relativas à incidência de diagnósticos. No sistema de vigilância nacional todos os casos são registados com a data de diagnóstico original, independentemente desses diagnósticos terem ocorrido em Portugal ou fora do país. Nos relatórios dos anos mais recentes tem sido apresentada a informação epidemiológica nacional identificando os casos com diagnóstico em Portugal nos totais anuais e que são alvo de caracterização mais detalhada.

No período acima descrito, foram diagnosticados em Portugal e notificados ao sistema de vigilância 66 421 casos de infecção por VIH e 23 946 casos de SIDA. No que se refere aos óbitos considera-se que os dados obtidos correspondem a óbitos ocorridos no país.

A distribuição temporal dos casos de infecção por VIH e casos de SIDA, total e diagnósticos ocorridos em Portugal, bem como dos óbitos, está representada na [figura 8](#). Observa-se que a diferença entre o total de casos e o número de diagnósticos ocorridos no país é superior nos casos de infecção por VIH do que nos casos de SIDA.



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 8. Casos de infecção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2024): distribuição por ano de diagnóstico da infecção ou de estádio SIDA, ou ano de morte.

De seguida apresentam-se os resultados da análise detalhada dos totais acumulados e, para os casos com diagnóstico em Portugal, das tendências observadas para os principais aspectos demográficos, clínicos e epidemiológicos dos casos de infecção por VIH, dos casos de SIDA e dos óbitos notificados, com particular foco nos casos da última década.

Os casos com diagnóstico noutros países correspondem a 6,3% do total de casos registados e a 16,4% quando consideramos apenas os casos com diagnóstico entre 2015 e 2024.

I.2.1. Casos de infecção por VIH

Distribuição temporal

A distribuição dos casos de infecção por VIH acumulados, de acordo com o ano de diagnóstico, para o total de casos e para os casos com diagnóstico em Portugal, é apresentada no [quadro 19](#). Os primeiros casos de infecção por VIH foram identificados em 1983 e foi no ano 1999 que se registou o número mais elevado de novos casos, 3 338 dos quais com diagnóstico em Portugal. A partir desse ano, observou-se um decréscimo no número anual de novos casos, que entre 2015 e 2024, foi de 35%. Este valor poderá vir a sofrer alteração devido ao atraso na notificação, pelo que deve ser assumido como provisório.

Quadro 19. Casos de infecção por VIH (1983-2024): distribuição por ano de diagnóstico e sexo.

Ano de diagnóstico	Nº de casos										
	Homens		Mulheres		Pessoas Transgénero		Total		H/M		
	Todos	Diagn PT	Todos	Diagn PT	Todos	Diagn PT	Todos	Diagn PT	Todos	Diagn PT	
1983-1990	1 635	1 588	358	352	0	0	1 994	1 941	4,6	4,5	
1991	726	720	191	185	0	0	917	905	3,8	3,9	
1992	1 068	1 060	270	267	1	1	1 341	1 330	4,0	4,0	
1993	1 119	1 107	298	292	0	0	1 417	1 399	3,8	3,8	
1994	1 329	1 317	387	380	1	1	1 718	1 699	3,4	3,5	
1995	1 646	1 635	489	479	1	1	2 137	2 116	3,4	3,4	
1996	1 980	1 962	657	644	1	1	2 638	2 607	3,0	3,0	
1997	2 333	2 316	674	667	0	0	3 007	2 983	3,5	3,5	
1998	2 368	2 343	823	815	1	0	3 193	3 159	2,9	2,9	
1999	2 581	2 546	806	791	1	1	3 388	3 338	3,2	3,2	
2000	2 428	2 387	878	851	1	1	3 308	3 240	2,8	2,8	
2001	2 019	1 996	863	839	0	0	2 883	2 836	2,3	2,4	
2002	1 848	1 822	875	855	0	0	2 723	2 677	2,1	2,1	
2003	1 722	1 692	819	789	0	0	2 541	2 481	2,1	2,1	
2004	1 655	1 617	850	818	0	0	2 505	2 435	1,9	2,0	
2005	1 599	1 547	745	713	2	1	2 346	2 261	2,1	2,2	
2006	1 588	1 524	794	751	0	0	2 382	2 275	2,0	2,0	
2007	1 520	1 453	795	747	1	1	2 316	2 201	1,9	1,9	
2008	1 613	1 526	773	730	0	0	2 386	2 256	2,1	2,1	
2009	1 473	1 383	735	677	3	0	2 211	2 060	2,0	2,0	
2010	1 420	1 310	702	643	1	1	2 123	1 954	2,0	2,0	
2011	1 349	1 227	589	543	2	1	1 940	1 771	2,3	2,3	
2012	1 372	1 236	596	533	1	1	1 969	1 770	2,3	2,3	
2013	1 375	1 224	566	504	2	1	1 943	1 729	2,4	2,4	
2014	1 199	1 010	469	396	0	0	1 668	1 406	2,6	2,6	
2015	1 321	1 067	461	390	0	0	1 782	1 457	2,9	2,7	
2016	1 284	1 040	482	421	0	0	1 766	1 461	2,7	2,5	
2017	1 220	963	453	398	2	0	1 675	1 361	2,7	2,4	
2018	1 087	861	410	348	2	1	1 499	1 210	2,7	2,5	
2019	1 071	860	434	364	3	3	1 508	1 227	2,5	2,4	
2020	838	665	298	258	3	1	1 139	924	2,8	2,6	
2021	918	741	358	321	2	2	1 278	1 064	2,6	2,3	
2022	821	693	288	247	1	0	1 110	940	2,9	2,8	
2023	773	696	335	298	3	3	1 111	997	2,3	2,3	
2024	709	687	283	259	5	5	997	951	2,5	2,7	
Total	51 007	47 821	19 804	18 565	40	27	70 859	66 421	2,6	2,6	

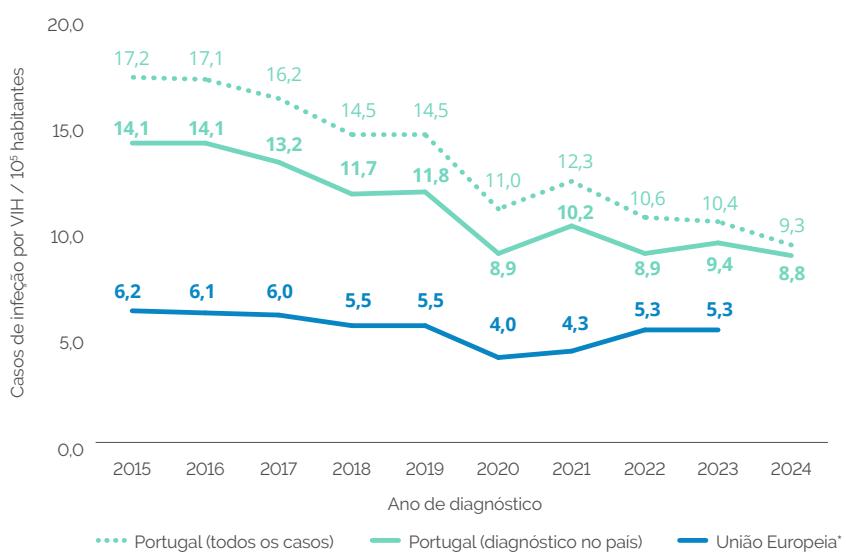
Legenda: H - Homens; M - Mulheres.

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

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

As taxas anuais de novos diagnósticos refletem a mesma tendência decrescente observada para o número de casos (figura 9). As taxas apuradas para 2015 e 2024, para os casos com diagnóstico em Portugal, respetivamente, 14,1 casos/ 10^5 habitantes e 8,8 casos/ 10^5 habitantes, revelam um decréscimo de 37%.

Apesar da redução acima indicada, a taxa anual de novos diagnósticos em Portugal mantém-se como uma das mais elevadas na União Europeia (UE). Na maior parte dos anos da última década correspondeu a aproximadamente o dobro da taxa calculada pelo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) para o conjunto dos países que integram a UE⁸. Embora a taxa de diagnóstico nacional se mantenha superior à taxa média apurada para a UE, a pandemia de COVID-19 e posteriormente a guerra na Ucrânia, que causou inúmeros deslocados para outros países europeus, tiveram impacto nas taxas de diagnóstico da infecção por VIH a nível europeu, pelo que esta diferença tem sido variável nos anos mais recentes.



* WHO Europe/ECDC. HIV/AIDS surveillance in Europe report, 2024 (2023 data).

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 9. Casos de infecção por VIH (2015-2024): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.

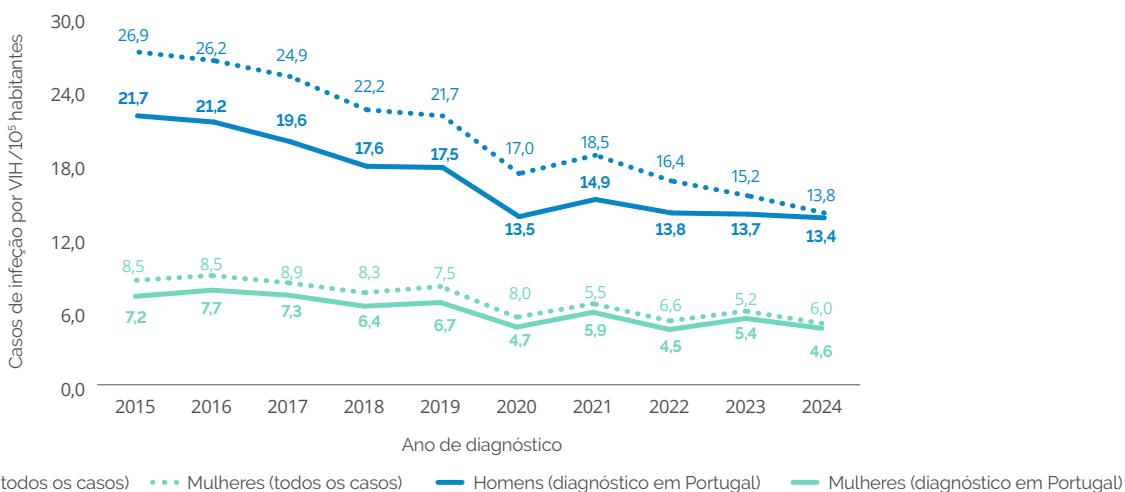
Distribuição por sexo

A epidemia nacional atinge maioritariamente os indivíduos do sexo masculino, à semelhança do que se observa na maioria dos países do hemisfério norte. O número de casos em homens superou o número de casos registados em mulheres em todos os anos em observação (quadro 19). Cumulativamente, encontram-se registados 51 007 casos em homens, dos quais 47 821 foram diagnosticados em Portugal. Estes valores representam 72,0% do total dos casos registados para o universo respetivo, o que corresponde a uma razão H/M igual a 2,6. O ano em que proporcionalmente foram diagnosticados menos casos em homens foi o ano 2007, observando-se a razão H/M mais baixa (1,9).

As tendências observadas no número de novos diagnósticos e nas respetivas taxas apuradas por sexo seguem o padrão anteriormente descrito para o total de novos casos, registando-se, a partir do ano 2000, uma tendência decrescente na generalidade dos anos, em ambos os sexos (quadro 19 e figura 10).

A variação percentual entre o número anual de novos casos registados nos anos 2015 e 2024 revelou, para os diagnósticos ocorridos em Portugal, uma redução maior no número de casos em homens do que no de casos em mulheres (36% vs. 34%). Foi identificada uma redução de 38% e 35%, nas taxas de diagnóstico correspondentes.

Como pode ser constatado na [figura 10](#), a diferença entre as taxas de diagnósticos apuradas para o total dos casos e para os casos com diagnóstico em Portugal é maior para o sexo masculino. Nos dez anos em análise, a taxa média de diagnósticos em Portugal para o sexo masculino foi 16,6 casos/ 10^5 habitantes, enquanto para o sexo feminino foi de 6,0 casos/ 10^5 habitantes.



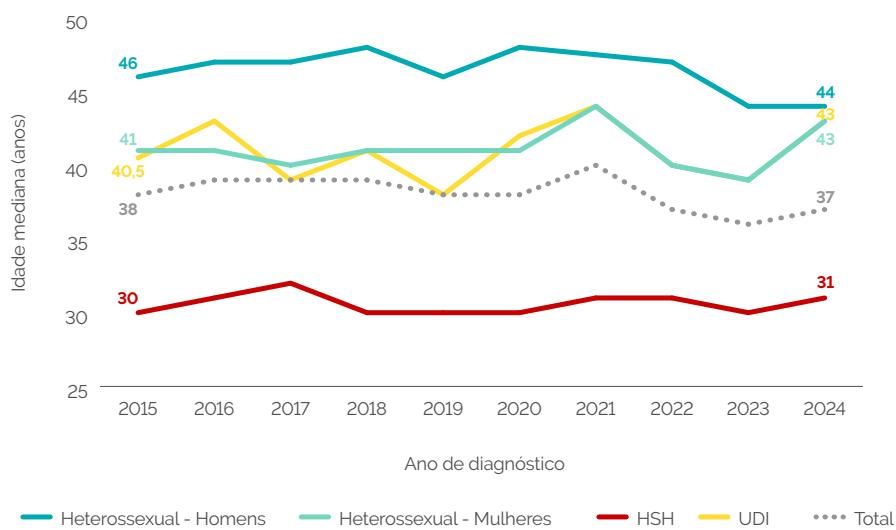
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

[Figura 10.](#) Casos de infecção por VIH (2015-2024): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.

O formulário da notificação não inclui campo para identificação inequívoca das pessoas transgénero, no entanto, essa informação adicional é por vezes inscrita na notificação e, consequentemente, registada no caso. Entre 1983 e 2024 foram notificados 40 casos de infecção por VIH para os quais foi especificado corresponderem a pessoas transgénero, mais concretamente a mulheres transgénero, e em 27 desses casos o diagnóstico ocorreu em Portugal. Nestes, a mediana da idade ao diagnóstico foi de 30,0 anos, 55,6% indicavam residência à data da notificação na região da Grande Lisboa e 66,7% eram oriundos de países da América Latina. A infecção por VIH foi maioritariamente (92,6%; 25/27) adquirida por relações sexuais com homens, por vezes ocorrida previamente à mudança legal do género, pelo que na análise por modo de transmissão os casos em pessoas trans são incluídas na categoria "Outro". Na primeira avaliação clínica 77,8% das pessoas transgénero encontravam-se assintomáticas e a mediana dos valores disponíveis de contagens de CD4 foi igual a 393 células/ mm^3 .

Idade ao diagnóstico

As medianas das idades à data do diagnóstico da infecção por VIH foram apuradas para os casos com diagnóstico em Portugal no período 2015-2024 e com idade superior ou igual a 15 anos. No início da década observou-se uma estabilização da mediana da idade ao diagnóstico, contudo, nos anos mais recentes, verificou-se uma ligeira redução do seu valor ([figura 11](#)). Observam-se diferenças marcadas nas tendências para os modos de transmissão mais comuns. Ao longo de todo o período, as medianas mais elevadas observam-se nos casos de transmissão heterossexual em homens, sendo em média cerca de 5 anos mais elevadas do que as medianas observadas nos casos de mulheres com a mesma forma de transmissão e cerca de 8 anos mais elevada que as apuradas para o total de casos. Neste intervalo temporal, os casos em HSH apresentaram sempre a idade mediana mais baixa, com valores que em média diferem em cerca de 16 anos das idades medianas apuradas para os casos de transmissão heterossexual em homens e 7,5 anos da mediana do total dos casos. As variações observadas na curva correspondente às medianas das idades dos UDI devem ser interpretadas com reserva pois decorrem do menor número anual de casos para esta forma de transmissão.



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

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 11. Casos de infecção por VIH (2015-2024): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para as principais formas de transmissão.

No [quadro 20](#) é apresentada a informação relativa à distribuição temporal dos casos com diagnóstico em Portugal, por grupo etário, de acordo com o ano de diagnóstico e sexo. O grupo etário com maior número de casos acumulados é o grupo dos 30 a 39 anos (n=21 002). Em conjunto, os grupos etários que englobam os casos com idades entre os 25 e os 49 anos acumulam maioria dos diagnósticos de infecção por VIH no país (68,2%; 45 266).

O número de novos casos na maioria dos grupos etários mostrou-se genericamente decrescente ao longo da última década, contudo, o impacto da pandemia de COVID-19 e o eventual atraso na notificação dificulta a interpretação das tendências para os anos mais recentes ([quadro 20](#)). Os resultados da análise comparativa relativa ao número de casos com diagnóstico em 2015 e 2024, nos grupos etários com maior número de casos, mostraram que o escalão 20-24 anos apresentou a maior redução (48,0%) e que no escalão 25-29 anos se observou a menor redução (19%).

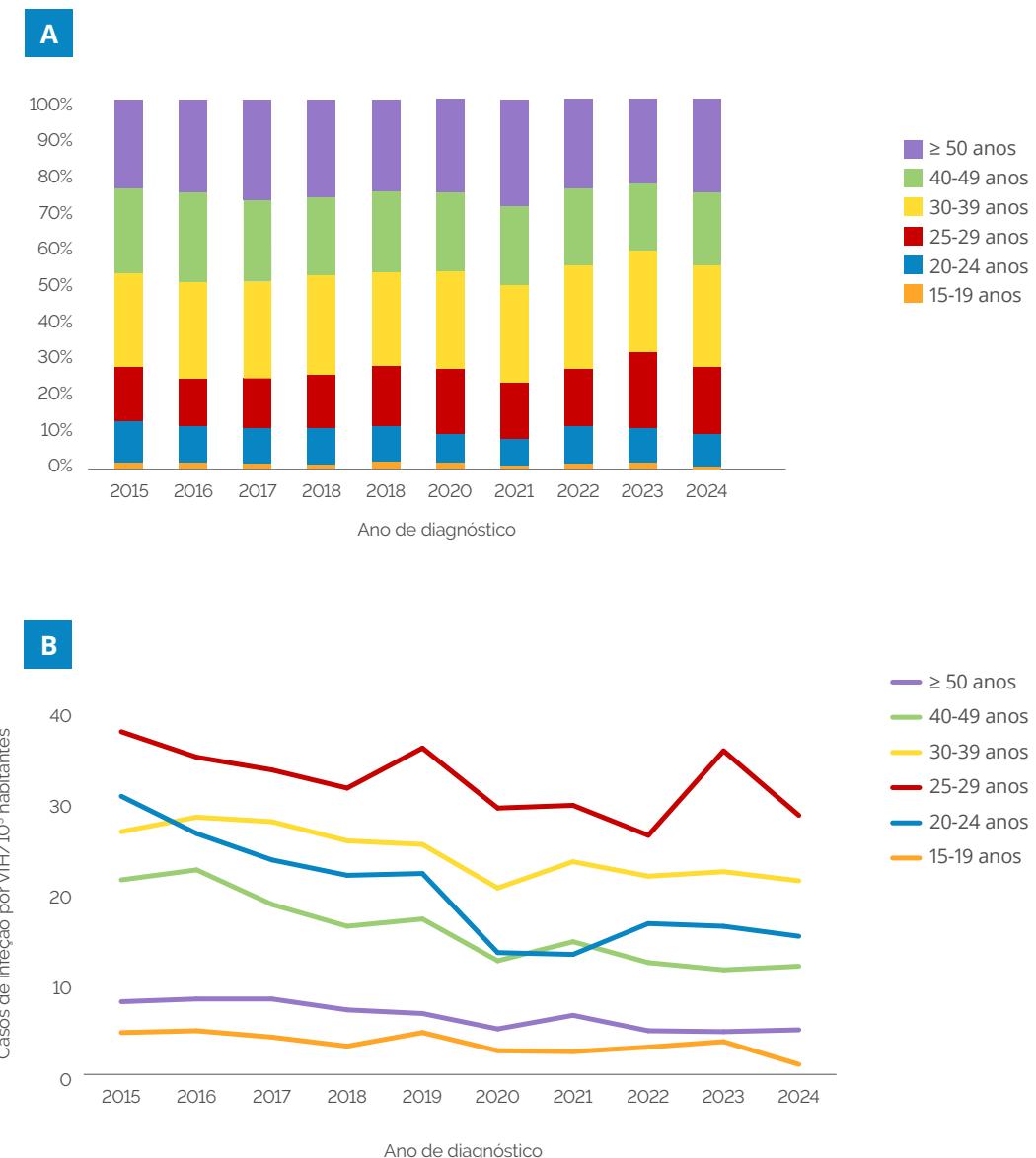
Quadro 20. Casos de infecção por VIH (1983-2024): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Grupo etário	Ano de Diagnóstico											Total		
	1983-2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	N	%	
<15 anos	Sub-total	598	5	5	8	5	0	3	4	6	5	3	642	1,0
	H	291	1	1	3	3	0	1	1	4	2	2	309	
	M	305	4	4	5	2	0	2	3	2	3	1	331	
15-19 anos	Sub-total	1 605	26	27	23	17	25	14	13	16	19	6	1 791	2,7
	H	923	20	21	16	11	16	11	9	12	13	4	1 056	
	M	682	6	6	7	6	9	3	4	4	6	2	735	
20-24 anos	Sub-total	6 529	167	143	127	118	121	75	74	94	93	87	7 628	11,5
	H	4 499	137	109	103	103	103	60	59	74	66	69	5 382	
	M	2 026	30	34	24	15	18	15	15	20	26	18	2 241	
25-29 anos	Sub-total	10 303	208	191	183	172	196	159	161	146	203	169	12 091	18,2
	H	7 413	171	159	140	127	154	132	130	119	155	139	8 839	
	M	2 885	37	32	43	44	42	27	30	27	47	28	3 242	
30-39 anos	Sub-total	17 926	373	380	359	324	313	248	280	262	273	264	21 002	31,6
	H	13 390	264	266	240	233	214	174	200	194	198	203	15 576	
	M	4 530	109	114	119	91	96	73	79	68	74	58	5 411	
40-49 anos	Sub-total	9 692	334	353	295	256	269	196	227	190	178	183	12 173	18,3
	H	7 240	238	254	210	173	177	132	148	131	120	125	8 948	
	M	2 451	96	99	85	83	92	64	79	59	58	58	3 224	
50-59 anos	Sub-total	5 041	206	222	213	198	188	145	162	127	123	150	6 775	10,2
	H	3 549	145	149	150	131	128	100	103	93	77	92	4 717	
	M	1 492	61	73	63	67	60	45	59	34	46	58	2 058	
≥60 anos	Sub-total	2 917	138	140	153	120	115	84	143	99	103	89	4 101	6,2
	H	2 074	91	81	101	80	68	55	91	66	65	53	2 825	
	M	843	47	59	52	40	47	29	52	33	38	36	1 276	
NR	Sub-total	218	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	218	0,3
	Total	54 829	1 457	1 461	1 361	1 210	1 227	924	1 064	940	997	951	66 421	100,0

Legenda: NR - não referido.

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Na última década, a proporção de novos diagnósticos em indivíduos com 50 ou mais anos situou-se sempre acima dos 20%, sendo uma das mais elevadas da Europa^{8,9} (figura 12A). No mesmo período, as taxas de diagnóstico mais elevadas observaram-se sempre no grupo etário dos 25-29 anos, seguindo-se o grupo etário dos 30-39 anos (figura 12B).



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 12. Casos de infeção por VIH (2015-2024): distribuição (%) (A) e taxa de novos casos (B) por grupo etário e ano de diagnóstico.

Distribuição geográfica

A informação relativa à residência à data da notificação é de seguida sistematizada de acordo com as regiões definidas pela nova NUTS de 2024² e o [quadro 21](#) apresenta a distribuição anual do número de casos diagnosticados segundo essa representação territorial. Na análise dessa informação para o nível NUTS II verificou-se que a Grande Lisboa acumula o maior número de casos de infeção por VIH entre os seus residentes (n=27 192), correspondendo a 40,9% do total de casos notificados no país, seguida da região Norte com 25,0% (n=16 615). A Área Metropolitana (A.M.) do Porto é a segunda região NUTS III com maior número de casos acumulados a seguir à Grande Lisboa.

Quadro 21. Casos de infecção por VIH (1983-2024): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Região de residência		Ano de diagnóstico											Total	
NUTSII	NUTSIII	1983-2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	N	%
Norte	Sub-total	13 882	327	333	315	294	272	207	227	248	241	269	16 615	25,0
	Alto Minho	403	20	13	15	16	8	4	15	23	12	7	536	
	Cávado	926	25	23	31	11	21	17	22	28	26	16	1 146	
	Ave	626	22	21	14	22	17	10	17	21	14	32	816	
	A. M. do Porto	10 605	207	233	210	195	189	142	138	139	148	173	12 379	
	Alto Tâmega e Barroso	91	1	3	2	1	2	3	0	2	3	5	113	
	Tâmega e Sousa	711	40	30	32	29	19	18	18	20	26	21	964	
	Douro	318	9	7	6	15	12	7	11	7	6	8	406	
	Terras de Trás-os-Montes	202	3	3	5	5	4	6	6	8	6	7	255	
Centro	Sub-total	4 095	173	160	172	159	136	107	122	116	124	111	5 475	8,2
	Região de Aveiro	979	60	52	63	46	50	32	22	31	48	29	1 412	
	Região de Coimbra	1 288	57	46	47	50	45	32	32	39	34	39	1 709	
	Região de Leiria	830	27	24	23	26	13	21	27	25	27	23	1 066	
	Viseu Dão-Lafões	472	20	19	15	22	16	9	22	16	0	8	619	
	Beira Baixa	248	4	8	11	10	3	3	9	3	9	5	313	
	Beiras e Serra da Estrela	278	5	11	13	5	9	10	10	2	6	7	356	
Oeste e Vale do Tejo	Sub-total	2 370	75	79	80	46	60	52	53	40	47	59	2 961	4,5
	Oeste	1 001	43	38	28	18	28	32	36	24	18	26	1 292	
	Médio Tejo	480	13	17	21	9	9	6	6	7	15	16	599	
	Lezíria do Tejo	889	19	24	31	19	23	14	11	9	14	17	1 070	
Grande Lisboa	Sub-total	22 713	588	592	516	463	484	375	408	329	408	316	27 192	40,9
	Grande Lisboa	22 713	588	592	516	463	484	375	408	329	408	316	27 192	
Península de Setúbal	Sub-total	5 943	134	116	122	106	124	85	114	82	89	113	7 028	10,6
	Península de Setúbal	5 943	134	116	122	106	124	85	114	82	89	113	7 028	
Alentejo	Sub-total	1 139	38	33	19	24	21	9	22	28	23	21	1 377	2,1
	Alentejo Litoral	316	13	7	5	5	9	5	7	8	10	11	396	
	Baixo Alentejo	322	9	11	1	2	1	1	4	12	9	5	377	
	Alto Alentejo	190	9	5	4	6	8	3	5	3	1	2	236	
	Alentejo Central	311	7	10	9	11	3	0	6	5	3	3	368	
Algarve	Sub-total	2 773	74	73	67	76	62	45	71	51	29	31	3 352	5,0
	Algarve	2 773	74	73	67	76	62	45	71	51	29	31	3 352	
R. A. dos Açores	R.A. dos Açores	363	4	15	13	13	17	7	2	9	13	9	465	0,7
R. A. da Madeira	R.A. da Madeira	606	28	16	21	13	25	22	12	13	18	22	796	1,2
Outro país		246	3	13	6	4	14	7	16	1	0	0	310	0,5
Não referida		699	13	31	30	12	12	8	17	23	5	0	850	1,3
TOTAL		54 829	1 457	1 461	1 361	1 210	1 227	924	1 064	940	997	951	66 421	100,0

Legenda: A.M. - Área metropolitana; R.A. - Região Autónoma.

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

As taxas médias de novos diagnósticos de infecção por VIH, relativas ao último quinquénio (2020 a 2024), foram

apuradas para as diferentes regiões NUTS III do continente e ilhas, de acordo com a nova configuração de 2024 (figura 13). Os valores mais elevados verificaram-se na Grande Lisboa (17,5 casos/ 10^5 habitantes), na Península de Setúbal (11,7 casos/ 10^5 habitantes) e na região do Algarve (9,5 casos/ 10^5 habitantes). Observam-se taxas médias de novos diagnósticos mais elevadas no litoral e a taxa média nacional determinada para este período foi de 9,1 casos/ 10^5 habitantes.

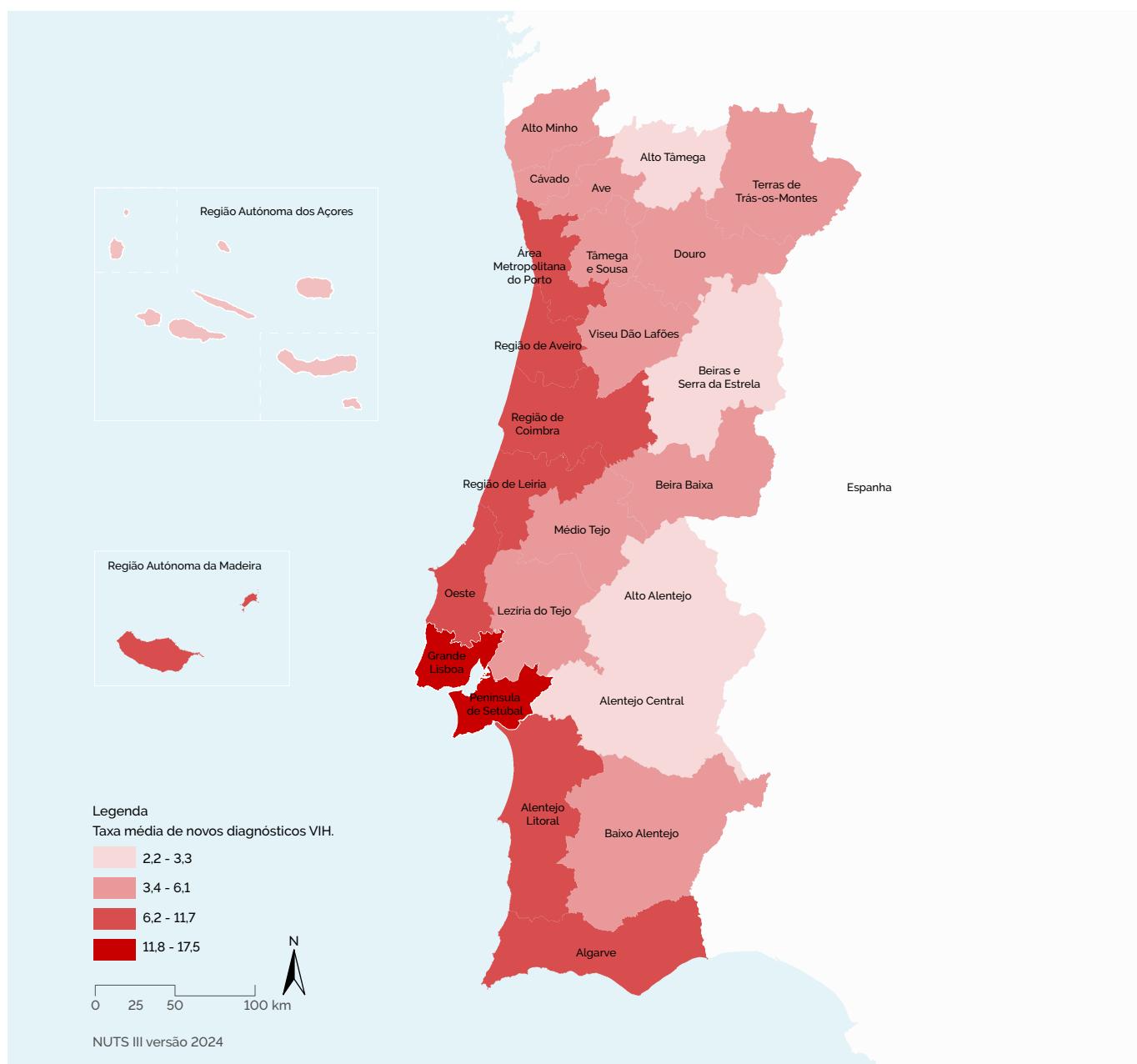


Figura 13. Taxa média de novos diagnósticos de infecção por VIH (2020-2024) por região NUTS III.

Em todo o período em análise e também na última década, os distritos com maior número acumulado de residentes com infecção por VIH são, por ordem decrescente, Lisboa, Porto e Setúbal (quadro 22). Portalegre, Guarda e Bragança são, por esta ordem, os distritos do país com menor número de casos acumulados até ao final de 2024.

As taxas anuais dos novos diagnósticos ocorridos entre 2015 e 2024, por distrito ou região autónoma de residência, são apresentadas no [quadro 23](#). Ao longo desta década, a taxa anual mais elevada foi sempre observada no distrito de Lisboa. No último quinquénio, o distrito de Lisboa registou uma taxa média de 17,2 casos/10⁵ habitantes. O distrito de Setúbal com taxa média de 11,5 casos/10⁵ habitantes e o de Faro com taxa média de 10,4 casos/10⁵ habitantes foram, respetivamente o segundo e terceiro com as taxas mais elevadas.

Quadro 22. Casos de infeção por VIH (1983-2024): distribuição por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.

Distrito/ Região	Ano de Diagnóstico												Total	
	1983- 2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	N	%	
Aveiro	1 597	81	76	85	64	75	51	41	50	59	49	2 228	3,4	
Beja	383	11	13	1	2	5	2	5	12	10	6	450	0,7	
Braga	1 563	48	44	48	33	40	27	39	49	41	51	1 983	3,0	
Bragança	209	4	4	5	6	5	6	6	9	6	9	269	0,4	
Castelo Branco	345	5	13	17	13	5	7	10	4	12	8	439	0,7	
Coimbra	1 246	56	45	45	50	43	30	31	38	34	39	1 657	2,5	
Évora	311	7	10	9	11	3	0	6	5	3	3	368	0,6	
Faro	2 773	74	73	67	76	62	45	71	51	29	31	3 352	5,0	
Guarda	187	4	6	7	2	8	6	12	1	3	4	240	0,4	
Leiria	1 393	42	43	36	34	22	39	46	36	34	38	1 763	2,7	
Lisboa	23 245	616	618	534	474	507	392	426	345	420	328	27 905	42,0	
Portalegre	190	9	5	4	6	8	3	5	3	1	2	236	0,4	
Porto	10 662	222	239	216	205	181	143	137	140	161	170	12 476	18,8	
Santarém	1 275	32	34	49	27	28	17	16	13	28	32	1 551	2,3	
Setúbal	6 198	145	121	127	111	129	89	120	90	98	123	7 351	11,1	
Viana do Castelo	403	20	13	15	16	8	4	15	23	12	7	536	0,8	
Vila-Real	342	5	7	6	8	10	6	5	5	9	10	413	0,6	
Viseu	593	28	22	20	30	20	13	26	20	1	10	783	1,2	
R.A. Açores	363	4	15	13	13	17	7	2	9	13	9	465	0,7	
R.A. Madeira	606	28	16	21	13	25	22	12	13	18	22	796	1,2	
Estrangeiro	246	3	13	6	4	14	7	16	1	0	0	310	0,5	
Desconhecido	699	13	31	30	12	12	8	17	23	5	0	850	1,3	
TOTAL	54 829	1 457	1 461	1 361	1 210	1 227	924	1 064	940	997	951	66 421	100,0	

Legenda: R.A. - Região Autónoma.

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Quadro 23. Casos de infeção por VIH (2015-2024): taxa de novos casos por 10^5 habitantes por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.

Distrito/ Região	Ano de diagnóstico									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aveiro	9,4	11,4	10,8	11,6	9,0	10,5	7,3	5,8	7,1	7,8
Beja	5,4	7,5	8,8	0,7	0,7	3,5	1,4	2,8	8,3	5,5
Braga	7,4	5,7	5,2	5,7	3,9	4,7	3,1	4,9	5,7	4,7
Bragança	2,3	3,1	3,1	3,9	3,9	4,0	4,0	5,6	7,3	4,9
Castelo Branco	5,9	2,7	6,9	9,2	6,0	2,8	3,9	5,6	2,2	5,0
Coimbra	14,5	12,9	10,2	10,3	11,1	9,7	7,3	7,5	9,2	6,3
Évora	5,0	4,4	6,2	5,7	5,1	1,9	0,0	3,9	3,3	2,0
Faro	17,1	15,9	15,8	13,5	15,4	12,5	9,4	14,8	9,6	5,7
Guarda	2,6	3,3	3,9	5,3	1,3	5,4	4,1	8,3	0,7	2,1
Leiria	12,3	8,5	9,3	7,4	7,4	4,8	8,3	9,8	7,6	5,2
Lisboa	26,3	26,3	26,4	22,0	19,3	21,2	16,9	18,4	14,0	15,5
Portalegre	6,2	8,1	4,4	3,6	5,5	7,4	2,8	4,7	1,9	1,0
Porto	12,3	12,1	13,0	11,8	11,0	10,2	7,9	7,7	7,7	8,4
Santarém	7,7	7,3	7,7	11,0	6,0	6,5	4,2	3,8	3,0	6,0
Setúbal	10,1	16,6	13,9	14,2	11,8	14,3	10,4	13,3	9,7	10,0
Viana do Castelo	5,5	8,5	5,5	6,4	6,8	3,4	1,7	6,0	9,9	5,2
Vila-Real	4,6	2,6	3,6	3,1	4,2	5,3	3,2	2,7	2,7	4,9
Viseu	6,0	7,8	6,0	5,5	8,4	5,3	3,7	7,4	5,7	0,3
R.A. Açores	2,5	1,7	6,2	5,4	5,4	7,1	2,9	0,8	3,4	5,4
R.A. Madeira	5,0	11,0	6,2	8,3	5,2	10,0	8,8	4,8	5,2	5,1
Total	13,2	13,6	13,7	12,6	11,0	11,4	8,8	10,1	8,5	8,2

Legenda: R.A. - Região Autónoma.

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

As taxas de novos diagnósticos de infeção por VIH foram também apuradas relativamente aos concelhos de residência, para o período 2020-2024. Para esta análise foram considerados apenas os concelhos que no quinquénio contabilizaram um número superior a 10 casos. No [quadro 24](#) são apresentados os resultados para os municípios que, no período em análise, apresentaram uma taxa média de novos diagnósticos superior à taxa média nacional, que por sua vez foi de 9,1 casos/ 10^5 habitantes.

Lisboa, Sintra e Amadora foram, por ordem decrescente, os três municípios com maior número de novos casos, no entanto, o concelho que apresentou a taxa mais elevada no período (25,7 casos/ 10^5 habitantes) foi o concelho da Amadora, seguindo-se Lisboa, Sintra e Portimão. Verifica-se ainda que em cinco municípios do país as taxas médias de novos diagnósticos foram iguais ou superiores ao dobro da taxa média nacional.

Alguns destes valores poderão sofrer alterações devido a atraso na notificação, que previsivelmente terá maior impacto nos resultados da análise a um nível geográfico mais granular.

Quadro 24. Taxa média de novos diagnósticos de infecção por VIH (2020-2024) nos municípios com taxas superiores à taxa nacional.

Concelho	Nº de casos (2020-2024)	Nº casos/ 10^5 habitantes	Rate ratio (RR)
Amadora	226	25,7	2,8
Lisboa	592	21,2	2,3
Sintra	397	20,2	2,2
Portimão	58	18,7	2,0
Porto	218	18,0	2,0
Odivelas	130	17,1	1,9
Loures	167	16,3	1,8
Peniche	22	16,2	1,8
Almada	131	14,6	1,6
Albufeira	33	14,2	1,5
Setúbal	88	14,2	1,5
Oliveira do Bairro	16	13,1	1,4
Cascais	141	13,0	1,4
Porto de Mós	15	12,6	1,4
Seixal	107	12,5	1,4
Aveiro	48	11,4	1,2
Palmela	40	11,1	1,2
Bragança	19	10,8	1,2
Benavente	17	10,8	1,2
Figueira Da Foz	32	10,6	1,2
Loulé	39	10,6	1,1
Oeiras	92	10,6	1,1
Coimbra	74	10,3	1,1
Alenquer	24	10,2	1,1
Vila Franca De Xira	69	9,9	1,1

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

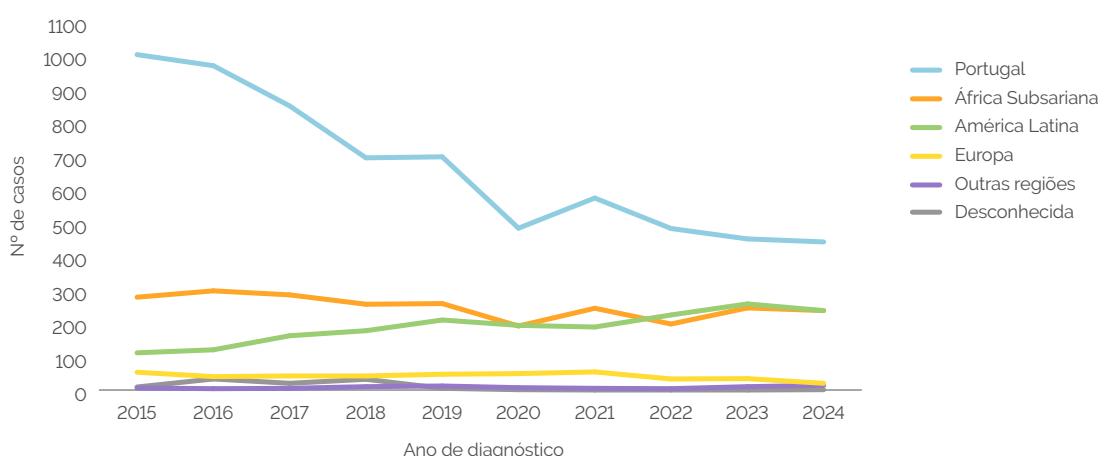
Nota: Rate ratio é a razão entre a taxa de diagnóstico de infecção por VIH observada no concelho e a taxa de diagnóstico calculada para o país no período equivalente, que foi de 9,1 casos/ 10^5 habitantes.

Origem geográfica

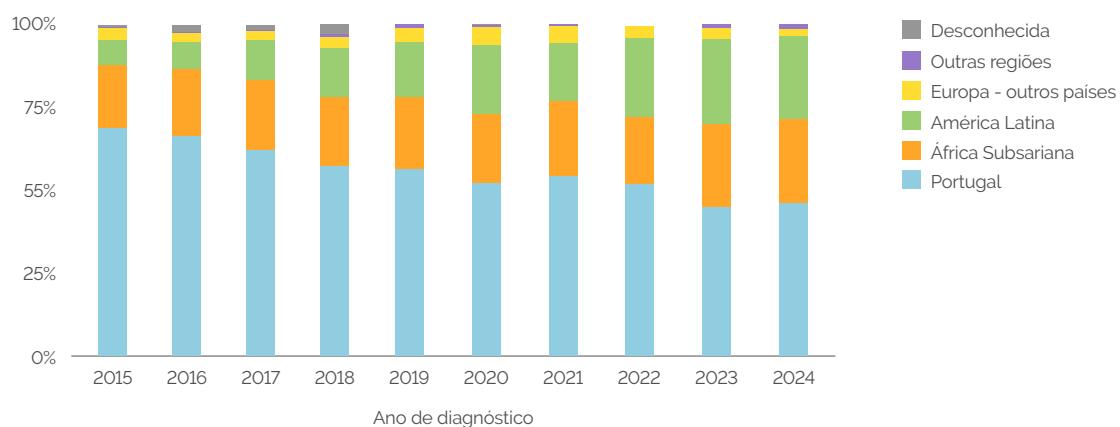
A análise dos dados referentes à origem geográfica dos casos, é efetuada utilizando a informação relativa ao país de nascimento ou, na ausência desta, a informação referente ao país de nacionalidade.

A [figura 14](#) ilustra a distribuição dos casos do último decénio segundo a origem geográfica e o ano de diagnóstico. Observa-se uma redução de 56% do número de casos em indivíduos nascidos em Portugal, por outro lado, os casos em pessoas nascidas na América Latina registaram um aumento de 114%. A proporção de novos casos em indivíduos provenientes de outros países teve um aumento contínuo e, à semelhança do ano transato, constituíram a maioria (53,4%) dos casos com diagnóstico em 2024.

A



B



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 14. Casos de infecção por VIH (2015-2024): distribuição (n) (A) e (%) (B) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.

Modo de transmissão

Os casos de infecção por VIH acumulados, com diagnóstico em Portugal, referiam maioritariamente transmissão por via sexual (66,9%), no entanto, essa proporção é consideravelmente mais alta (92,5%) quando considerados apenas os casos com diagnóstico na última década. As relações heterossexuais foram indicadas como forma mais provável de aquisição da infecção por VIH em 46,6% do total de casos, sendo a forma de transmissão mais frequente na década mais recente (53,9%; 6 251/11 592) e em todos os anos que a constituem. A transmissão associada a relações sexuais entre homens foi reportada em 20,3% dos casos, mas representa 38,6% (4 477/11 592) dos casos diagnosticados no país entre 2015 e 2024 (quadro 25). A segunda maior fração do total acumulado (29,5%) corresponde a casos de transmissão associada ao consumo de drogas injetadas, no entanto, o diagnóstico ocorreu nos últimos dez anos em apenas em 1,8% desses casos (359/19 573).

A maior proporção dos casos acumulados de pessoas do sexo masculino, consiste em casos de transmissão heterossexual (34,7%; 16 563/47 821) seguindo-se os casos em UDI (33,8%; 16 173/47 821) e em HSH (28,2%; 13 475/47 821). A maioria dos diagnósticos de infecção por VIH ocorridos entre 2015 e 2024, em homens, reportaram ser de HSH (54,0%; 4 468/8 273), seguindo-se os associados a relações heterossexuais (38,2%; 3 164/8 273). Os casos acumulados do sexo feminino são maioritariamente de transmissão heterossexual (77,5%; 14 387/18 565), na década mais recente em proporção ainda mais elevada (93,4%; 3 087/3 304). O consumo de drogas injetadas esteve associado a 33,8% do total de casos em homens e a 18,3% do total de casos em mulheres, valores que descem significativamente quando consideramos apenas os casos do último decénio, respetivamente 3,6% (301/8 273) e 1,8% (58/3 304).

Quadro 25. Casos de infecção por VIH (1983-2024): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Modo de transmissão	Sub-total	Ano de diagnóstico												Total	%
		1983-2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024			
Heterossexual	Sub-total	24 702	795	829	795	690	668	467	574	463	500	470	30 953	46,6	
	H	13 399	433	432	416	367	325	221	276	230	225	239	16 563		
	M	11 300	362	397	379	323	343	246	298	233	275	231	14 387		
HSH	Sub-total (H)	9 018	554	537	485	438	466	383	404	404	407	399	13 495	20,3	
UDI	Sub-total	19 214	66	48	39	35	47	30	27	25	23	19	19 573	29,5	
	H	15 872	52	40	34	25	41	27	21	23	20	18	16 173		
	M	3 341	14	8	5	10	6	3	6	2	3	1	3 399		
Mãe-filho	Sub-total	473	6	6	8	5	0	2	5	5	6	3	519	0,8	
	H	214	1	2	3	1	0	1	2	4	3	2	233		
	M	257	5	4	5	4	0	1	3	1	3	1	284		
Transfusão ou Hemoderivados	Sub-total	463	0	4	1	6	3	2	1	1	3	2	486	0,7	
	H	312	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1	318		
	M	151	0	3	1	3	2	2	1	1	3	1	168		
Outro/ Não determinado	Sub-total	119	3	3	2	3	7	3	5	1	6	6	158	0,2	
	H	58	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	69		
	M	49	2	0	1	1	3	1	3	0	2	0	62		
	T	12	0	0	0	1	3	1	2	0	3	5	27		
Não referido	Sub-total	840	33	34	31	33	36	37	48	41	52	52	1 237	1,9	
	Total	54 829	1 457	1 461	1 361	1 210	1 227	924	1 064	940	997	951	66 421	100,0	

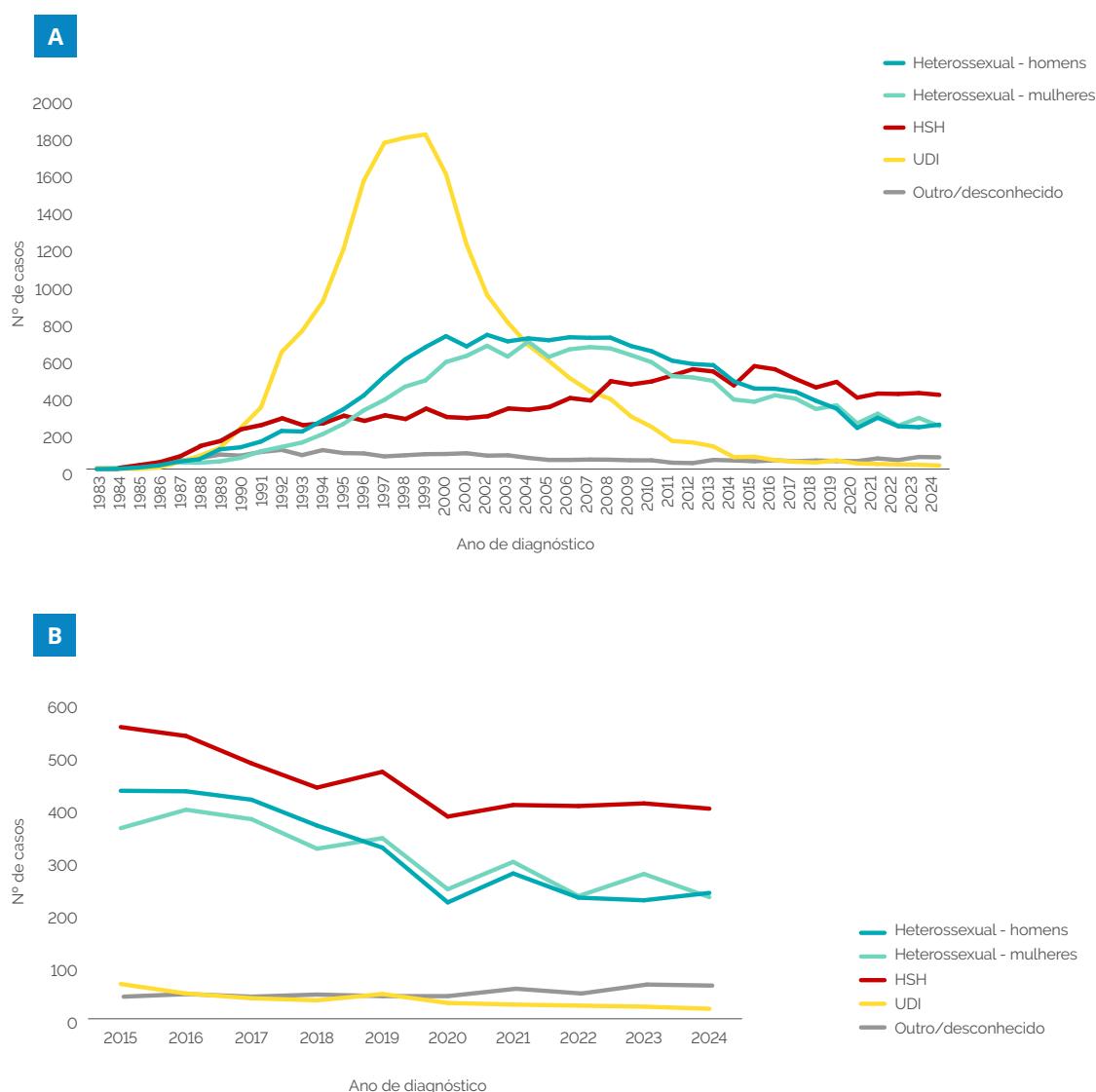
Legenda: H - Homens; M - Mulheres; T - Pessoa trans; HSH- homens que têm sexo com homens; UDI –utilizadores de drogas injetadas.

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

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

Ao longo das quatro décadas da epidemia VIH em Portugal, verificaram-se grandes variações relativamente aos modos de transmissão mais frequentes, como pode ser observado na [figura 15A](#). A mais evidente correspondeu aos casos associados ao consumo de drogas injetadas, que na década de 90 tiveram um aumento muito acentuado até 1999, seguido de um decréscimo acelerado e contínuo. A comparação do número de casos em UDI, com diagnóstico em 2015 e 2024, revela uma redução de 71% ([figura 15B](#)). Os casos de transmissão heterossexual atingiram um máximo em 2000, estabilizando durante cerca de dez anos, e na última década

verificou-se também, para ambos os sexos, uma redução do número de casos referindo este modo de transmissão (45% nos casos em homens e 36% nos casos em mulheres). Os diagnósticos em HSH apresentaram uma tendência crescente entre 2005 e 2012 e o maior número de diagnósticos ocorreu em 2015 (n=554). Desde esse ano, os casos em HSH correspondem anualmente à maioria dos casos reportados em homens. Verificou-se um decréscimo de 28% entre o número de casos em HSH com diagnóstico em 2015 e em 2024, no entanto, nos quatro anos mais recentes parece observar-se uma estabilização do número de novos diagnósticos referindo este modo de transmissão.



Tipo de vírus

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

Os casos com infeção por VIH 1 com diagnóstico entre 2015 e 2024 correspondem a 96,1% (11 140/11 592) do total de casos com diagnóstico no período e os casos de infeção por VIH 2 a 2,8% (330/11 592).

Quadro 26. Casos de infeção por VIH (1983-2024): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Tipo de vírus				
	VIH 1	VIH 2	VIH 1+2	Não referido	Total
1983-2014	52 271	1 833	465	260	54 829
2015	1 402	44	4	7	1 457
2016	1 387	56	4	14	1 461
2017	1 302	49	2	8	1 361
2018	1 155	42	3	10	1 210
2019	1 185	32	1	9	1 227
2020	896	20	0	8	924
2021	1 018	32	3	11	1 064
2022	909	22	1	8	940
2023	961	18	2	16	997
2024	925	15	2	9	951
Total	63 411	2 163	487	360	66 421

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

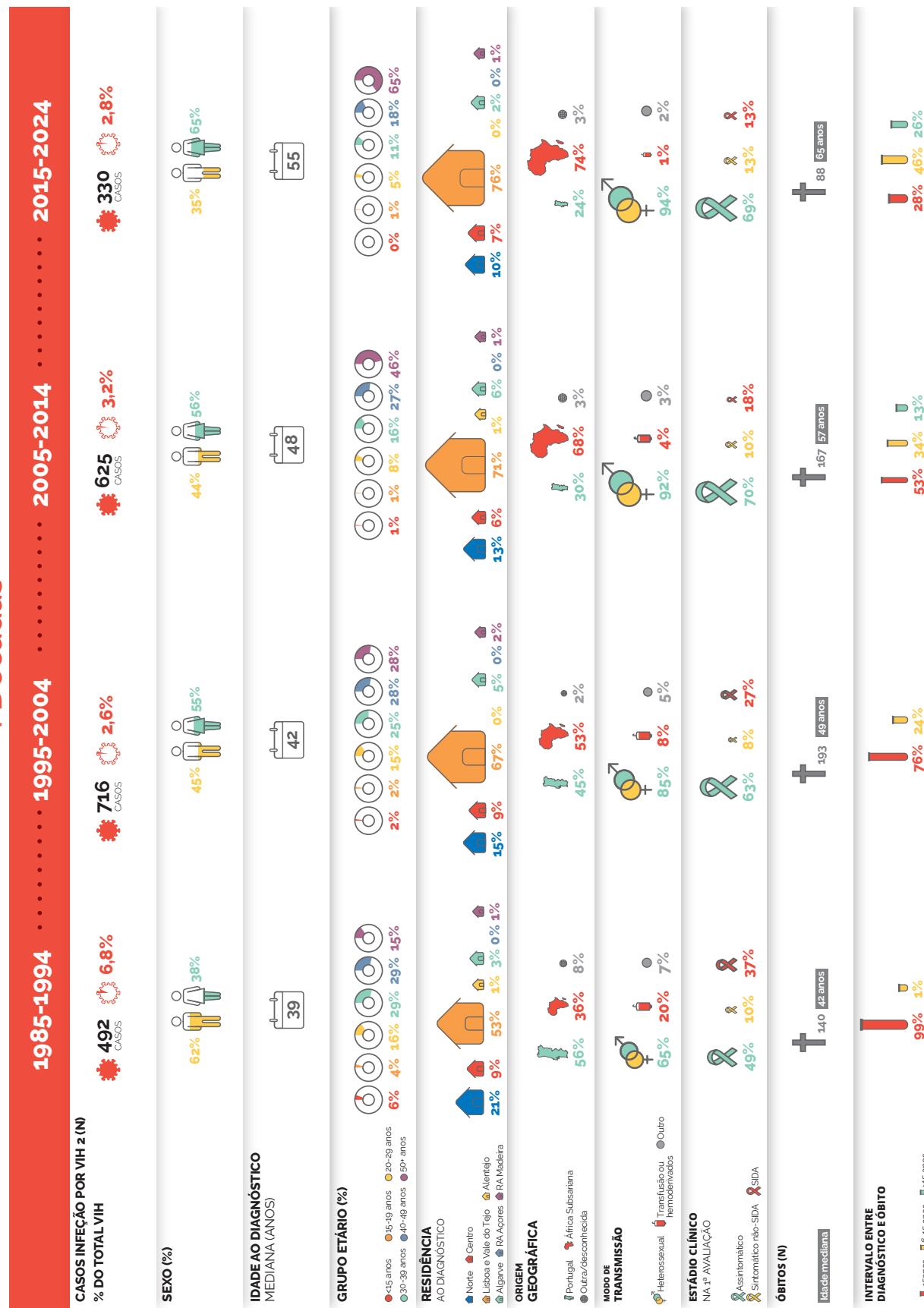
Em Portugal, são regularmente diagnosticados casos de infeção por VIH 2, sendo o total acumulado de 2 163 casos.

Entre 2015 e 2024 foram diagnosticados 330 casos de infeção por VIH 2, 65,5% dos quais em mulheres, em 64,5% dos casos a idade era igual ou superior a 50, a maioria (65,5%) residia na Grande Lisboa, 73,6% eram oriundos da África Subsariana e desses 83,1% eram naturais da Guiné-Bissau, e 93,6% dos casos referiam transmissão heterossexual. Na primeira avaliação clínica 69,1% dos indivíduos com infeção por VIH 2 estavam assintomáticos, enquanto 13% tiveram um diagnóstico de SIDA à data de diagnóstico. No período em análise foram notificados 88 óbitos em pessoas que viviam com VIH 2.

No ano em que se assinalam 40 anos da descoberta do vírus da imunodeficiência humana do tipo 2 (VIH 2), marco histórico ao qual Portugal esteve ligado, na [figura 16](#) apresenta-se um resumo das características dos casos de infeção por VIH 2 com diagnóstico nas quatro décadas.

INFECÇÃO POR VIH 2 EM PORTUGAL

4 Décadas



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 16. Infecção por VIH 2 em Portugal - 4 décadas

Estádio clínico inicial

Tal como referido anteriormente, o estadiamento dos casos de infecção por VIH para efeitos de vigilância epidemiológica, segundo a definição de caso de infecção por VIH e de SIDA em vigor na UE e no país^{5,6}, baseia-se exclusivamente em critérios clínicos, nomeadamente a presença ou ausência de sintomas e o diagnóstico de uma doença definidora de SIDA, não incluindo os valores das contagens de CD4, ou seja, o critério imunológico.

A informação relativa ao estádio clínico apurado na primeira avaliação é recolhida desde a implementação do sistema de vigilância nacional para a infecção por VIH e SIDA. Os resultados da análise dessa informação estão resumidos no [quadro 27](#), mostrando que em 58,6% dos casos acumulados o diagnóstico ocorreu na fase assintomática da infecção e que em 24,4% dos casos este foi concomitante com um diagnóstico de SIDA. Quando são analisados apenas os diagnósticos ocorridos na última década, a proporção de casos assintomáticos aumenta para 63,8% (7 390/11 592) e a de casos com diagnóstico concomitante de SIDA decresce para 15,0% (1 7391/11 592).

Quadro 27. Casos de infecção por VIH (1983-2024): distribuição por estádio clínico inicial e ano de diagnóstico.

Ano de diagnóstico	Estádio inicial											
	Infeção aguda		Assintomático		Sintomático Não-SIDA		SIDA		Não referido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	
1983-2014	42	0,1	31 525	57,5	5 920	10,8	14 452	26,4	2 890	5,3	54 829	
2015	25	1,7	1 022	70,1	162	11,1	211	14,5	37	2,5	1 457	
2016	28	1,9	956	65,4	157	10,7	263	18,0	57	3,9	1 461	
2017	37	2,7	911	66,9	165	12,1	193	14,2	55	4,0	1 361	
2018	54	4,5	792	65,5	149	12,3	167	13,8	48	4,0	1 210	
2019	73	5,9	788	64,2	151	12,3	170	13,9	45	3,7	1 227	
2020	36	3,9	555	60,1	128	13,9	165	17,9	40	4,3	924	
2021	54	5,1	630	59,2	168	15,8	184	17,3	28	2,6	1 064	
2022	38	4,0	568	60,4	162	17,2	122	13,0	50	5,3	940	
2023	44	4,4	612	61,4	175	17,6	112	11,2	54	5,4	997	
2024	46	4,8	556	58,5	140	14,7	152	16,0	57	6,0	951	
Total	477	0,7	38 915	58,6	7 477	11,3	16 191	24,4	3 361	5,1	66 421	

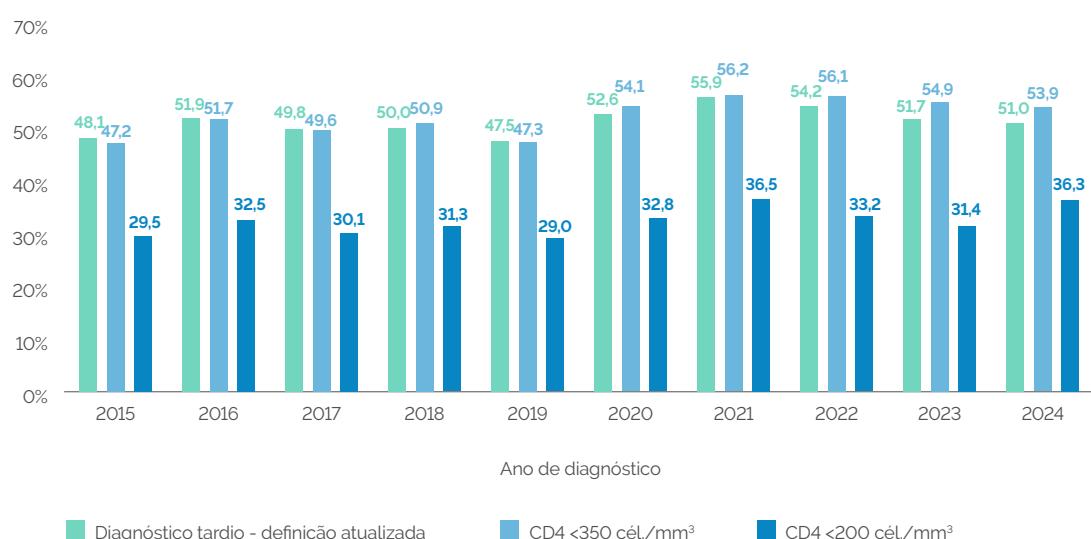
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Diagnósticos tardios

Conforme referido anteriormente, a informação relativa ao valor das contagens de CD4 da primeira avaliação laboratorial é de conhecida importância, por permitir a identificação dos casos de diagnóstico e/ou apresentação tardia aos cuidados de saúde, quando com valores <350 células/mm³ ou, se <200 células/mm³, de doença avançada³. Os critérios usados nesta classificação foram recentemente revistos⁴, de modo a considerarem outros eventos clínicos que permitem, respetivamente, infirmar ou confirmar diagnósticos tardios, independentemente dos valores de CD4, nomeadamente as seroconversões recentes e/ou as síndromes retrovirais agudas, bem como o diagnóstico concomitante de estádio SIDA.

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

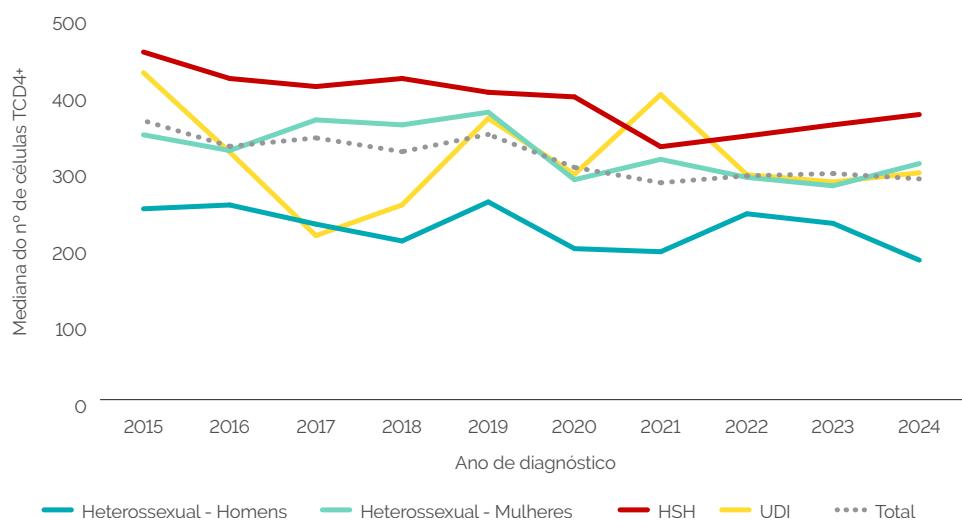
Embora com percentagens diferentes, as tendências apresentadas nas duas abordagens para a identificação de diagnósticos ou apresentação tardios são idênticas, observando-se valores inferiores para a maioria dos anos, se aplicada a definição revista. Nos dez últimos anos, ambas as abordagens mostram que as percentagens mais elevadas de diagnósticos tardios se registaram em 2021 e 2022, podendo esta situação resultar de atrasos no diagnóstico provocados pela pandemia COVID-19.



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 17. Casos de infecção por VIH (2015-2024): evolução nas proporções de casos com critério imunológico de apresentação tardia e doença avançada e de diagnóstico tardio, segundo a nova definição.

Entre 2015 e 2024, as medianas dos valores das contagens de CD4 desagregadas por modo de transmissão, revelaram que as medianas mais baixas foram observadas consistentemente nos casos de transmissão heterossexual em homens, que apresentaram valores de contagem de CD4 sempre inferiores a 300 células/mm³ na primeira avaliação laboratorial. Os casos referentes a HSH apresentaram, para a maioria dos anos, as medianas mais elevadas, contudo, observa-se uma tendência ligeiramente decrescente até 2020, agravada pelo período da pandemia COVID-19, mas que desde esse ano se inverteu discretamente ([figura 18](#)). Os valores e as tendências observados para os casos de UDI deverão ser interpretados com prudência, pois estão condicionados pelo reduzido número anual de diagnósticos que referem este modo de transmissão.



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

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 18. Casos de infecção por VIH (2015-2024): tendências temporais das medianas dos valores das contagens de células TCD4+ à data de diagnóstico, para as principais formas de transmissão.

Casos de infecção por VIH em crianças

Até 31 de dezembro de 2024 foram notificados 746 casos de infecção por VIH em crianças com idade, à data do diagnóstico, inferior a 15 anos, 642 dos quais diagnosticados em Portugal. Contudo, apenas em 44 destes (6,9%) o diagnóstico ocorreu na década mais recente.

O [quadro 28](#) apresenta o resumo das características dos casos pediátricos com diagnóstico em Portugal. Constitui-se que uma discreta maioria dessas crianças é do sexo feminino (51,6%), que os diagnósticos ocorreram mais frequentemente no primeiro ano de vida, que 47,7% das crianças à data da notificação viviam na Grande Lisboa, que 73,7% nasceram em Portugal e que a via de transmissão mais frequente foi a transmissão mãe-filho. Importa realçar que apenas 7,5% (38/505) do total de casos de transmissão vertical foram diagnosticados nos últimos dez anos e que, tal como outros países, as medidas implementadas em Portugal para a prevenção da transmissão vertical do VIH, tiveram muito sucesso.

Quadro 28. Casos de infeção por VIH em crianças (1984-2024): distribuição por sexo, idade ao diagnóstico, país de nascimento e modo de transmissão, segundo o ano de diagnóstico.

Características	Ano de diagnóstico												Total	%
	1984-2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024			
Sexo														
Masculino	291	1	1	3	3	0	1	1	4	2	2	309	48,1	
Feminino	305	4	4	5	2	0	2	3	2	3	1	331	51,6	
Idade														
0-11 meses	281	1	1	3	1	0	1	0	2	1	1	292	45,5	
1-4 anos	123	0	4	2	3	0	0	1	2	0	2	137	21,3	
5-9 anos	85	1	0	2	0	0	0	1	1	1	0	91	14,2	
10-12 anos	42	2	0	0	0	0	1	2	0	1	0	48	7,5	
13-14 anos	67	1	0	1	1	0	1	0	1	2	0	74	11,5	
Residência (NUTS II)														
Norte	115	1	1	0	0	0	2	0	1	1	1	122	19,0	
Centro	40	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	42	6,5	
Oeste e Vale do Tejo	20	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	23	3,6	
Grande Lisboa	286	3	4	2	4	0	0	3	2	1	1	306	47,7	
Península de Setúbal	72	0	0	3	0	0	1	0	2	0	0	78	12,1	
Alentejo	16	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	18	2,8	
Algarve	28	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	31	4,8	
R.A. dos Açores	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,3	
R.A. da Madeira	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0,8	
Não referida	14	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	15	2,3	
País de nascimento														
Portugal	454	3	1	4	1	0	1	2	1	3	3	473	73,7	
África Subsariana	118	2	3	4	3	0	2	2	4	2	0	140	21,8	
Outra	19	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	22	3,4	
Não referida	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1,1	
Modo de transmissão														
Vertical	467	5	5	7	3	0	2	4	5	4	3	505	78,7	
Transfusão ou hemoderivados	57	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	58	9,0	
Heterossexual	25	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	26	4,0	
HSH	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8	1,2	
UDI	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	3,1	
Outro/não determinado	12	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	13	2,0	
Não referido	10	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	12	1,9	
Total	598	5	5	8	5	0	3	4	6	5	3	642	100,0	

Legenda: R.A. - região Autónoma; HSH - homens que têm sexo com homens; UDI - utilizadores de drogas injetadas

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

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

Transmissão vertical de VIH

O Grupo de Trabalho sobre Infeção por VIH na Criança (GTVIHC), criado em 1998 e atualmente um grupo de estudo da Sociedade de Infectiologia Pediátrica que conta com a participação de pediatras de 50 hospitais nacionais, recolhe e analisa informações referentes às crianças nascidas de mães com infecção por VIH, desde o parto até ao término do seguimento. Essas informações (demográficas, epidemiológicas e clínicas) permitem não só identificar os casos de infecção na criança, como avaliar fatores de risco, da mãe e da criança, para essa transmissão.

O sistema de vigilância epidemiológica nacional regista apenas os casos de infecção já confirmados, não recolhendo informações sobre o número de crianças nascidas de mães com infecção por VIH. A taxa de transmissão vertical de VIH é, assim, uma das informações relevantes que o trabalho deste grupo dá a conhecer. O GTVIHC disponibilizou informação relativa ao número de crianças nascidas em Portugal entre 2015 e 2024, filhas de mães que vivem com VIH, quanto ao tipo de vírus a que estiveram expostas, ao número de crianças infetadas e à taxa de transmissão, que se encontra sistematizada no [quadro 29](#).

Quadro 29. Crianças nascidas de mães que vivem com VIH (2015-2024): distribuição segundo o ano de nascimento, tipo de vírus da infecção materna, número de infecções transmitidas e taxa de transmissão.

Características	Ano de diagnóstico									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Crianças nascidas de mães VIH+ (n)	211	217	225	266	219	202	176	228	222	219
Risco para VIH 1	200	205	217	255	208	191	172	220	215	212
Risco para VIH 2	11	12	12	11	8	11	3	5	5	7
Risco para VIH 1 e VIH 2	0	0	0	0	3	0	1	3	2	0
Crianças infetadas (n)	4	2	1	1	0	2	1	2	2	1
Taxa de transmissão mãe-filho (%)	2,00	1,48	0,46	0,43	0,00	1,00	0,58	0,95	0,94	0,47

Fonte: GTVIHC

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

De acordo com a informação disponibilizada, entre 2015 e 2024 nasceram em Portugal 2185 crianças filhas de mães com infecção por VIH, tendo esta infecção sido transmitida a apenas 16 crianças (0,73%). As taxas de transmissão, calculadas por tipo de vírus ao qual as crianças foram expostas e apenas para as crianças que completaram o seguimento clínico preconizado, foram inferiores a 1,00 % em sete dos dez anos. No período em análise, 2019 continua a ser o único ano em que não foram diagnosticados casos de transmissão vertical de VIH nas crianças nascidas de mães com infecção por VIH.

O GTVIHC disponibilizou informações adicionais que revelam que desde 2017 predominam as mães de nacionalidades estrangeiras, maioritariamente de países africanos, mais especificamente dos de língua oficial portuguesa. Relativamente às crianças nascidas em 2024, apenas 30,4% eram filhas de mães nascidas em Portugal, 66,6% das mães eram multíparas e em 73,7% das mulheres a infecção por VIH foi diagnosticada antes da gravidez. Nos casos em que o diagnóstico materno ocorreu durante a gravidez, 72,3% eram mulheres de origem africana e 52,5% viviam em Portugal há um ano ou menos. Verificou-se um caso de transmissão vertical do VIH, numa gravidez mal vigiada, em que o diagnóstico da infecção materna aconteceu no 3º trimestre da gravidez e que, embora sob terapêutica, no parto a mãe tinha ainda virémia elevada.

I.2.2. Casos de SIDA

O enquadramento legal vigente determina a obrigatoriedade de notificação dos casos de SIDA, cuja definição de caso⁵⁻⁷ integra como requisito a presença de uma doença ou condição definidora de SIDA.

A análise estatística da informação referente aos casos de SIDA inclui aqueles em que o diagnóstico de SIDA é concomitante com o diagnóstico da infecção por VIH, bem como os casos em que a evolução para SIDA acontece posteriormente, e é apresentada segundo o ano de diagnóstico do estádio.

Foram notificados 24 265 casos de SIDA, em que o diagnóstico do estádio ocorreu até 31 de dezembro de 2024, dos quais 23 946 foram diagnosticados em Portugal. Em 16 191 destes casos (67,6%) o diagnóstico do estádio SIDA ocorreu em simultâneo com o diagnóstico da infecção por VIH.

Distribuição temporal

A distribuição dos casos de SIDA por ano de diagnóstico da doença ou condição definidora de SIDA, para o total de casos e para os casos que têm diagnóstico em Portugal, é apresentada no [quadro 30](#). O número mais elevado de diagnósticos de SIDA em Portugal ocorreu em 1999, verificando-se uma tendência decrescente a partir de 2003. A comparação do número de casos de SIDA com diagnóstico nos anos 2015 e 2024 revela uma redução de 43%, no entanto, o número de casos de SIDA com diagnóstico em 2024 é superior ao número de casos com diagnóstico nos dois anos anteriores. Os casos de SIDA com diagnóstico na última década correspondem a 10,6% (2 544/23 946) do total de casos de SIDA acumulado.

À semelhança do referido para as tendências temporais observadas nos casos de infecção por VIH, recomenda-se também reserva na interpretação das tendências e dos valores encontrados para a variação da incidência de SIDA, uma vez que o número de casos com diagnóstico nos anos mais recentes, em particular no último ano, poderá sofrer alterações devido a atraso na notificação.

Quadro 30. Casos de SIDA (1983-2024): distribuição por sexo e ano de diagnóstico do estádio.

Ano de diagnóstico SIDA	Homens		Mulheres		Total		H/M	
	Todos	Diagn SIDA PT	Todos	Diagn SIDA PT	Todos	Diagn SIDA PT	Todos	Diagn SIDA PT
1983-1990	653	650	96	96	749	746	6,8	6,8
1991	262	261	49	49	311	310	5,3	5,3
1992	379	378	83	83	463	462	4,6	4,6
1993	489	489	104	104	593	593	4,7	4,7
1994	607	605	131	131	738	736	4,6	4,6
1995	718	716	143	142	862	859	5,0	5,0
1996	848	845	184	183	1 032	1 028	4,6	4,6
1997	913	911	169	167	1 082	1 078	5,4	5,5
1998	950	947	201	200	1 151	1 147	4,7	4,7
1999	1 049	1 046	243	242	1 292	1 288	4,3	4,3
2000	984	979	239	236	1 223	1 215	4,1	4,1
2001	984	979	204	203	1 188	1 182	4,8	4,8
2002	984	979	220	219	1 204	1 198	4,5	4,5
2003	888	885	256	250	1 147	1 138	3,5	3,5
2004	865	856	228	226	1 093	1 082	3,8	3,8
2005	822	813	206	204	1 028	1 017	4,0	4,0
2006	693	686	258	249	951	935	2,7	2,8
2007	660	654	208	205	868	859	3,2	3,2
2008	623	618	228	227	852	846	2,7	2,7
2009	540	533	204	203	744	736	2,6	2,6
2010	548	539	228	225	776	764	2,4	2,4
2011	484	477	169	167	653	644	2,9	2,9
2012	448	440	190	181	639	622	2,4	2,4
2013	380	371	166	164	546	535	2,3	2,3
2014	309	295	93	87	402	382	3,3	3,4
2015	261	246	100	97	361	343	2,6	2,5
2016	289	274	113	112	402	386	2,6	2,4
2017	236	218	91	84	327	302	2,6	2,6
2018	195	179	97	92	292	271	2,0	1,9
2019	176	165	91	85	267	250	1,9	1,9
2020	173	162	67	60	240	222	2,6	2,7
2021	165	159	97	93	262	252	1,7	1,7
2022	134	129	44	42	178	171	3,0	3,1
2023	111	109	44	44	155	153	2,5	2,5
2024	125	125	69	69	194	194	1,8	1,8
TOTAL	18 945	18 718	5 313	5 221	24 265	23 946	3,6	3,6

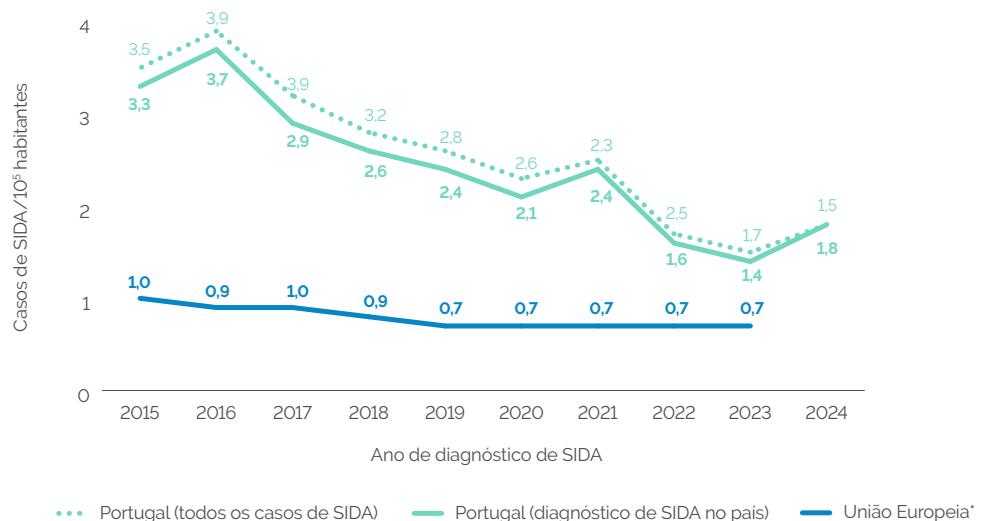
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

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

Observa-se uma tendência decrescente na incidência de casos de SIDA, com uma redução de 48% quando comparada a incidência apurada para os anos 2015 e 2024, respetivamente 3,3 casos/ 10^5 habitantes e 1,8 casos/ 10^5 habitantes (figura 19), contudo a incidência apurada para o ano 2024 é superior à observada nos dois anos anteriores.

Seguidamente, serão descritas as tendências nas características dos casos de SIDA da última década, que poderão ajudar a compreender algumas das razões deste aumento.

Portugal tem sido um dos países com a taxa mais elevada de diagnósticos de SIDA no conjunto dos países da União Europeia e as taxas anuais observadas têm valores de aproximadamente o triplo da taxa média europeia¹⁰ (figura 19).



*WHO Europe/ECDC. HIV/AIDS surveillance in Europe report, 2024 (2023 data).

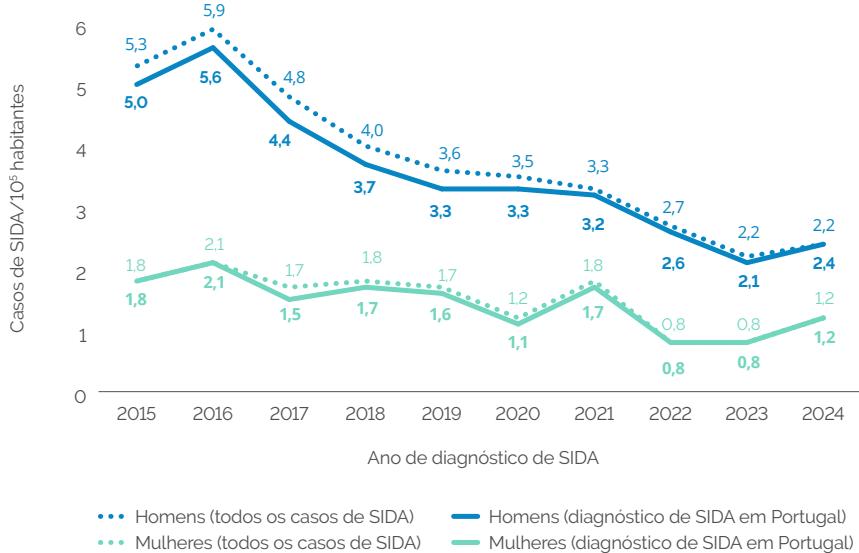
Fonte: Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 19. Casos de SIDA (2015-2024): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estádio, Portugal e União Europeia.

Distribuição por sexo

Os casos de SIDA acumulados registaram-se maioritariamente em homens (78,2%) e a razão H/M calculada para o total de casos é de 3,6 (quadro 30). Estão registados seis casos de SIDA em pessoas transgénero, com diagnóstico em décadas anteriores.

A desagregação da informação, por sexo e ano de diagnóstico do estádio, revelou diferenças entre sexos nas tendências observadas. O número de casos de SIDA em indivíduos do sexo masculino apresenta tendência decrescente a partir de 2003, enquanto os casos em mulheres mantiveram-se relativamente estáveis entre 1998 e 2010, decrescendo no período posterior embora com oscilações. A análise comparativa do número de casos com diagnóstico em Portugal em 2015 e em 2024 mostra redução de 49% e de 29%, respetivamente, nos casos em homens e em mulheres. O decréscimo da taxa de incidência de SIDA em ambos os sexos, apurado por comparação das taxas obtidas para os mesmos anos, foi de 51% para o sexo masculino e 31% para o feminino (figura 20). É possível verificar que a taxa de incidência de SIDA registada em 2024 é superior à registada no ano anterior para os homens e nos dois anos precedentes para as mulheres.



Fonte: Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 20. Casos de SIDA (2015-2024): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estádio e sexo.

Idade ao diagnóstico de SIDA

Embora o grupo dos 30 aos 39 anos tenha acumulado o maior número de casos de SIDA com diagnóstico em Portugal (n=8 545), na década mais recente o maior número de casos registou-se em indivíduos com idade entre os 40 e os 49 anos (n=588). A análise dos casos identificados nesse período mostrou ainda que em 66,6% (1 695/2 544) a idade ao diagnóstico do estádio era igual ou superior a 40 anos ([quadro 31](#)). A estratificação por sexo revelou um padrão de distribuição de idades idêntico entre sexos e em relação ao padrão descrito para o total, tanto para os casos acumulados como para os casos que têm diagnóstico de SIDA entre 2015 e 2024.

Quadro 31. Casos de SIDA (1983-2024): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estadio.

Grupo etário	1983-2014	Ano de diagnóstico de SIDA												N	%
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024				
<15 anos	Sub-total	146	1	2	3	1	0	0	1	2	1	0	157	0,7	
	H	79	1	1	3	1	0	0	2	1	0	0	88		
	M	67	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	69		
15-19 anos	Sub-total	195	2	1	1	1	2	0	1	1	0	0	205	0,9	
	H	124	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	129		
	M	71	1	0	0	1	2	0	0	1	0	0	76		
20-29 anos	Sub-total	4 769	28	42	27	24	15	21	20	19	20	24	5 009	20,9	
	H	3 636	19	33	24	16	12	14	17	15	15	18	3 819		
	M	1 131	9	9	3	8	3	7	3	4	5	6	1 188		
30-39 anos	Sub-total	7 957	85	89	64	62	61	57	51	40	37	42	8 545	35,7	
	H	6 492	60	59	45	38	35	41	28	29	27	27	6 881		
	M	1 462	25	30	19	24	26	16	23	11	10	15	1 661		
40-49 anos	Sub-total	4 751	108	124	93	75	90	65	82	45	43	46	5 522	23,1	
	H	3 829	82	93	63	48	59	53	52	36	32	30	4 377		
	M	920	26	31	30	27	31	12	30	9	11	16	1 143		
50-59 anos	Sub-total	2 178	72	70	63	66	50	49	61	37	27	51	2 724	11,4	
	H	1 708	54	51	42	46	38	37	39	30	17	32	2 094		
	M	470	18	19	21	20	12	12	22	7	10	19	630		
≥60 anos	Sub-total	1 353	47	58	51	42	32	30	36	27	24	31	1 731	7,2	
	H	1 036	29	36	40	30	21	17	22	17	16	18	1 282		
	M	317	18	22	11	12	11	13	14	10	8	13	449		
Desconhecido	Sub-total	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	0,2	
	Total	21 402	343	386	302	271	250	222	252	171	153	194	23 946	100,0	

Legenda: H - Homens; M - Mulheres.

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

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

Distribuição geográfica

O padrão de distribuição geográfica dos casos de SIDA, segundo o distrito de residência à data da notificação, mostra-se semelhante ao observado para o total dos casos de infecção por VIH, com os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal a registarem, cumulativamente e para a maioria dos anos, o maior número de casos (quadro 32). Na década de 2015 a 2024, foi no distrito de Lisboa que se registou a taxa média de diagnósticos de SIDA mais elevada, 4,4 casos/10⁵ habitantes, seguindo-se os distritos de Setúbal (3,4 casos/10⁵ habitantes) e Faro (2,7 casos/10⁵ habitantes) (quadro 33).

Quadro 32. Casos de SIDA (1983-2024): distribuição por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estádio.

Distrito/ Região	Ano de diagnóstico de SIDA												Total	
	1983- 2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	N	%	
Aveiro	539	17	22	16	11	20	17	13	9	11	8	683	2,9	
Beja	124	2	3	0	1	1	2	3	1	2	2	141	0,6	
Braga	552	6	6	14	1	13	8	6	6	7	7	626	2,6	
Bragança	85	1	1	0	0	1	3	2	2	2	2	99	0,4	
Castelo Branco	147	2	5	7	3	1	4	3	1	3	2	178	0,7	
Coimbra	376	14	14	9	6	3	8	3	6	8	9	456	1,9	
Évora	130	1	5	4	0	0	0	0	2	1	0	143	0,6	
Faro	907	16	22	15	17	17	7	14	8	3	8	1 034	4,3	
Guarda	78	3	1	2	3	3	1	3	0	1	1	96	0,4	
Leiria	444	9	7	7	6	4	12	11	5	6	9	520	2,2	
Lisboa	8 897	148	154	115	114	101	92	96	62	59	78	9 916	41,4	
Portalegre	53	0	1	1	2	1	1	1	0	0	0	60	0,3	
Porto	4 787	54	70	39	37	41	26	35	25	24	23	5 161	21,6	
Santarém	472	9	8	9	8	3	3	5	2	5	9	533	2,2	
Setúbal	2 641	36	42	40	42	21	24	29	21	14	26	2 936	12,3	
Viana do Castelo	159	6	1	2	5	2	2	5	3	2	1	188	0,8	
Vila -Real	128	2	4	3	2	1	1	4	1	1	4	151	0,6	
Viseu	231	6	8	6	5	6	6	8	9	0	0	285	1,2	
R.A. Açores	115	2	2	3	2	2	1	1	2	2	3	135	0,6	
R.A. Madeira	191	6	4	3	2	3	2	1	2	2	2	218	0,9	
Estrangeiro	124	2	4	1	1	2	1	6	3	0	0	144	0,6	
Desconhecido	222	1	2	6	3	4	1	3	1	0	0	243	1,0	
TOTAL	21 402	343	386	302	271	250	222	252	171	153	194	23 946	100,0	

Legenda: R.A. - Região Autónoma.

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Quadro 33. Casos de SIDA (2015-2024): taxa de novos casos por 10^5 habitantes por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estádio.

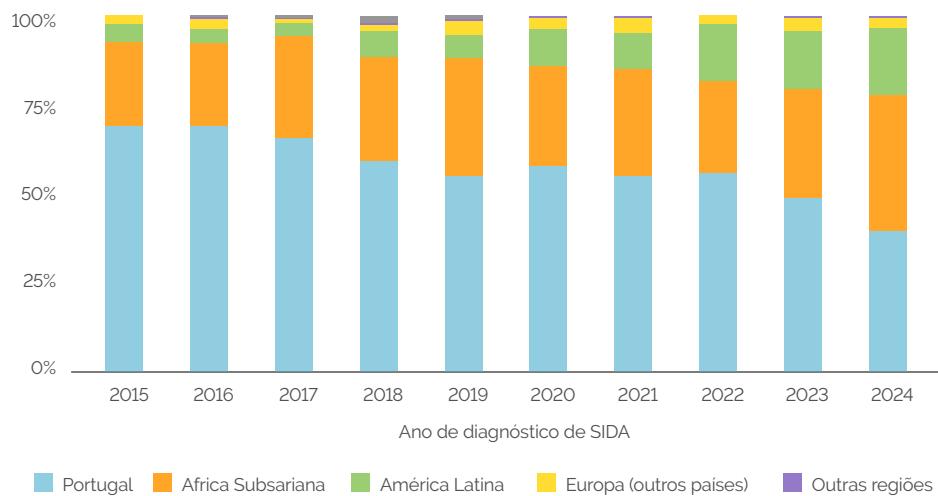
Distrito/ Região	Ano de diagnóstico de SIDA									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aveiro	2,4	3,1	2,3	1,6	2,9	2,4	1,8	1,3	1,5	1,1
Beja	1,4	2,1	0,0	0,7	0,7	1,4	2,0	0,7	1,3	1,3
Braga	0,7	0,7	1,7	0,1	1,5	0,9	0,7	0,7	0,8	0,8
Bragança	0,8	0,8	0,0	0,0	0,8	2,4	1,6	1,6	1,6	1,6
Castelo Branco	1,1	2,7	3,9	1,7	0,6	2,2	1,7	0,6	1,7	1,1
Coimbra	3,4	3,4	2,2	1,5	0,7	1,9	0,7	1,5	1,9	2,1
Évora	0,6	3,2	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,7	0,0
Faro	3,5	4,9	3,3	3,7	3,7	1,5	3,0	1,7	0,6	1,6
Guarda	2,0	0,7	1,4	2,1	2,1	0,7	2,1	0,0	0,7	0,7
Leiria	2,0	1,5	1,5	1,3	0,9	2,6	2,4	1,1	1,3	1,8
Lisboa	6,6	6,8	5,1	5,0	4,4	4,0	4,2	2,7	2,5	3,3
Portalegre	0,0	0,9	0,9	1,9	0,9	0,9	1,0	0,0	0,0	0,0
Porto	3,0	3,9	2,2	2,1	2,3	1,5	1,9	1,4	1,3	1,2
Santarém	2,1	1,9	2,1	1,9	0,7	0,7	1,2	0,5	1,1	2,0
Setúbal	4,2	4,9	4,7	4,9	2,4	2,7	3,3	2,4	1,6	2,8
Viana do Castelo	2,5	0,4	0,9	2,2	0,9	0,9	2,2	1,3	0,9	0,4
Vila -Real	1,0	2,1	1,6	1,1	0,5	0,5	2,2	0,5	0,5	2,2
Viseu	1,7	2,2	1,7	1,4	1,7	1,7	2,3	2,6	0,0	0,0
R.A. Açores	0,8	0,8	1,3	0,8	0,8	0,4	0,4	0,8	0,8	1,2
R.A. Madeira	2,4	1,6	1,2	0,8	1,2	0,8	0,4	0,8	0,8	0,8
Total	3,3	3,7	2,9	2,6	2,4	2,1	2,4	1,6	1,4	1,8

Legenda: R.A. - Região Autónoma.

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Origem geográfica

A proporção de casos SIDA em indivíduos nascidos em Portugal sofreu um decréscimo ao longo da década e embora tenha sido maioritária entre 2015 e 2022, nos anos 2023 e 2024 os casos em oriundos de outros países foram em número superior, atingindo a proporção de 59,8% em 2024 (figura 21).



Fonte: Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 21. Casos de SIDA (2015-2024): distribuição de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico do estádio.

Modo de transmissão

A estratificação dos casos de SIDA segundo o modo de transmissão revela que o total acumulado de casos que referem transmissão heterossexual é o mais elevado ([quadro 34](#)).

Entre 2015 e 2024 foram diagnosticados em Portugal 2 544 casos de SIDA, 65,1% (n=1 656) dos quais associados a transmissão heterossexual, 19,5% (n=497) em HSH, tendo os casos em UDI (n=253) correspondido apenas a 9,9% do total de casos. A comparação do número de casos com diagnóstico em 2015 e em 2024 nessas categorias, mostrou que a frequência de diagnóstico de SIDA em casos associados aos três principais modos de transmissão foi decrescente, observando-se a maior redução nos casos em UDI (82%), seguida dos casos em HSH (42%) e os casos de transmissão heterossexual tiveram a menor redução (41%).

Quadro 34. Casos de SIDA (1983-2024): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estadio.

Modo de transmissão	Sub-total	Ano de diagnóstico										Total		
		1983-2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	N	%
Heterossexual	Sub-total	8 483	221	249	185	193	177	145	157	101	98	130	10 139	42,3
	H	5 696	134	147	111	109	100	91	79	64	57	70	6 658	
	M	2 786	87	102	74	84	77	54	78	37	41	60	3 480	
HSH	Sub-total (H)	2 774	65	82	59	44	39	45	51	41	33	38	3 271	13,7
UDI	Sub-total	9 425	49	45	43	22	23	19	22	12	9	9	9 678	40,4
	H	7 962	41	38	35	17	20	16	16	9	8	9	8 171	
	M	1 463	8	7	8	5	3	3	6	3	1	0	1 507	
Outro/Não determinado	Sub-total	365	3	5	2	3	5	1	3	5	2	3	397	1,7
	H	233	1	3	2	1	2	0	1	4	2	3	252	
	M	132	2	2	0	2	3	1	2	1	0	0	145	
Não referido	Sub-total	355	5	5	13	9	6	12	19	12	11	14	461	1,9
Total		21 402	343	386	302	271	250	222	252	171	153	194	23 946	100,0

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

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

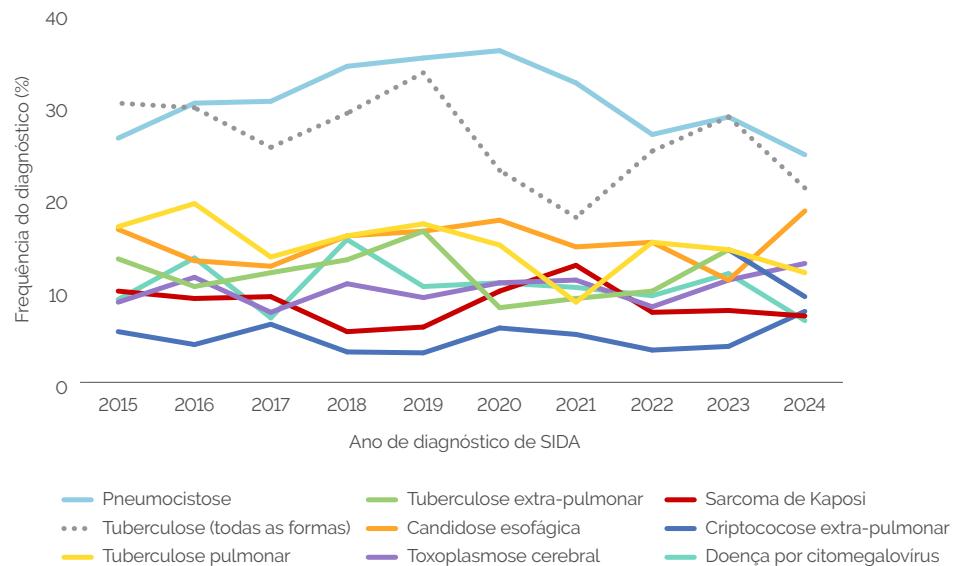
Nota: está registado 1 caso sem informação relativa ao sexo e 6 casos em pessoas trans, pelo que, para alguns anos e no global, o total é diferente da soma das partes.

Doenças definidoras de SIDA

A lista das doenças ou condições definidoras de SIDA, segundo a publicação de 1993, consta do Anexo III deste relatório.

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

As patologias mais frequentemente referidas no total de casos de SIDA com diagnóstico entre 2015 e 2024 foram a pneumocistose, seguida pela candidose esofágica e pela tuberculose pulmonar. A análise das tendências temporais observadas entre 2015 e 2024 revela, até 2020, um aumento da proporção de casos de SIDA que referiam o diagnóstico de pneumocistose, seguindo-se uma tendência decrescente. No que se refere à tuberculose, não se observa uma tendência clara tanto para a tuberculose pulmonar como para a extrapulmonar (figura 22).



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 22. Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2015-2024): tendências temporais na frequência de diagnóstico.

I.2.3. - Óbitos em pessoas que viviam com VIH

Em Portugal, foram notificados 16 050 óbitos que ocorreram entre 1984 e 2024 em pessoas que viviam com infecção por VIH, dos quais 11 294 registaram-se em casos que atingiram o estádio SIDA (quadro 35).

Quadro 35. Óbitos notificados em casos de infecção por VIH e SIDA (1984-2024): distribuição por ano da morte.

Ano da morte	Mortes em casos de infecção VIH	Mortes em casos de SIDA
1984-1990	411	369
1991	234	199
1992	322	285
1993	336	305
1994	445	402
1995	608	546
1996	704	630
1997	593	512
1998	556	456
1999	620	500
2000	631	520
2001	703	530
2002	678	560
2003	666	501
2004	596	450
2005	646	448
2006	535	370
2007	573	368
2008	616	349
2009	560	325
2010	560	337
2011	514	305
2012	487	259
2013	479	273
2014	369	208
2015	353	177
2016	372	189
2017	325	168
2018	290	159
2019	236	116
2020	176	76
2021	197	97
2022	166	74
2023	133	68
2024	108	48
Desconhecido	252	115
Total	16 050	11 294

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

No [quadro 36](#) é apresentada a distribuição dos óbitos por ano, sexo e modo de transmissão, onde é possível constatar que o maior número de mortes ocorreu em homens (12 899; 81,0%) e em UDI (7 588; 47,7%). Foram notificados 2 593 óbitos ocorridos entre 2014 e 2023, dos quais 1 365 (52,6%) em casos de transmissão heterossexual, 891 (34,4%) em UDI e 272 (11,5%) em HSH.

Quadro 36. Óbitos notificados em casos de infecção por VIH (1984-2024): distribuição por sexo e modo de transmissão, segundo o ano do óbito

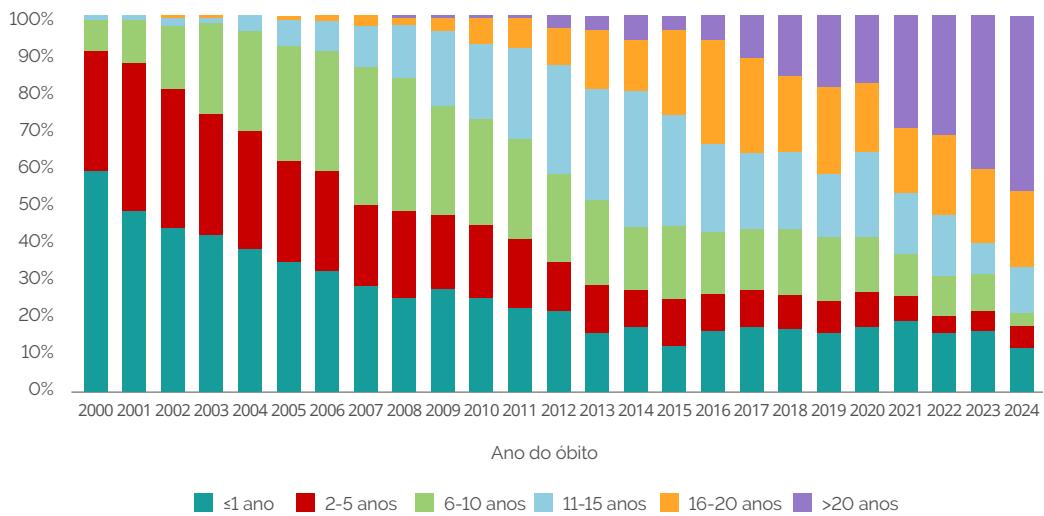
Ano do óbito	Sexo		Modo de transmissão					Total
	Homens	Mulheres	Heterossexual	HSH	UDI	Outro/NR		
1984-2014	11 009	2 432	4 536	1 539	6 726	641		13 442
2015	275	78	176	31	141	5		353
2016	279	93	185	31	151	5		372
2017	240	85	163	33	117	12		325
2018	226	64	151	34	98	7		290
2019	178	58	135	25	72	4		236
2020	130	46	118	18	38	2		176
2021	145	52	117	29	41	10		197
2022	123	43	91	21	46	8		166
2023	103	30	75	19	36	3		133
2024	77	31	59	16	29	4		108
Não referido	209	43	91	21	126	14		252
Total	12 994	3 055	5 897	1 817	7 621	715		16 050

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

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

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

A maioria dos óbitos ocorridos nos três anos mais recentes, registou-se em indivíduos em que o diagnóstico ocorreu há mais de quinze anos, por oposição ao que se verificava no ano 2000, quando cerca de 60% das mortes ocorriam no ano subsequente ao diagnóstico ([figura 23](#)). O aumento da sobrevida das PVVIH foi um ganho decorrente da disponibilização contínua de novos fármacos e de esquemas terapêuticos inovadores. Não obstante a evolução positiva registada, na década mais recente observou-se anualmente uma proporção acima de 20% de óbitos que ocorreram nos cinco anos subsequentes ao diagnóstico da infecção por VIH, à exceção dos óbitos ocorridos em 2024, embora os números para este ano sejam ainda provisórios devido a possível atraso na notificação.



Fonte: Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 23. Óbitos em pessoas que viviam com infecção por VIH notificados (2000-2024): distribuição (%) do tempo entre o diagnóstico e a morte, por ano de morte.

I.3. Causas de morte em pessoas que viviam com VIH

Portugal dispõe desde há uma década do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), que permitiu, entre outras melhorias, a desmaterialização dos certificados de óbito e o tratamento estatístico mais ágil das causas de morte neles registadas.

As causas atribuídas aos óbitos de pessoas que viviam com VIH em Portugal não têm sido alvo de análise dedicada neste relatório, contudo, sendo essa uma informação relevante procedeu-se à caracterização das causas de morte dos óbitos, com referência ao VIH, ocorridos entre 2015 e 2024. Para o efeito foram incluídos todos os certificados de óbito de pessoas residentes e não residentes em Portugal, com 28 ou mais dias de idade ao óbito, registados no SICO entre 01/01/2015 e 31/12/2024, que apresentavam como causa básica de morte e/ou codificação múltipla os códigos relativos a doenças causadas por VIH (B20-B24; R75).

Os dados apresentados são preliminares e carecem ainda de validação com o Instituto Nacional de Estatística. Qualquer menção feita a partir destes dados deverá incluir a indicação "Dados provisórios".

Para efeitos da análise, os óbitos foram classificados em dois grupos segundo a causa básica de morte:

- "Óbitos por infecção **por** VIH" - os óbitos em que a causa básica de morte foi o VIH, de acordo com as regras de codificação da OMS. Na 10.^a edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (versão 2019) correspondem os códigos B20 a B24;
- "Óbitos **com** infecção por VIH" - os óbitos em pessoas que viviam com VIH, mas cuja causa básica de morte não esteve relacionada com a infecção por VIH.

Os dados referentes a óbitos com infecção por VIH podem estar subdimensionados nos anos 2015, 2016 e 2017, por ainda não estar implementada a codificação múltipla nestes anos.

Óbitos em pessoas que viviam com VIH (2015-2024)

A análise dos óbitos ocorridos entre 2015 e 2024 revelou um total de 4 104 óbitos entre pessoas que viviam com VIH (quadro 37). Em termos absolutos, o maior número de óbitos foi registado em 2015, enquanto 2024 apresentou o menor valor. Apesar de algumas flutuações ao longo do período analisado, o número de óbitos entre PVVIH apresentou uma tendência global decrescente.

Quadro 37. Número de óbitos em pessoas que viviam com VIH (2015-2024), distribuição por ano da morte.

Ano da morte	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Óbitos (N.º)	539	483	361	435	409	397	434	416	325	305	4 104

*Dados provisórios

Fonte: SICO-DGS

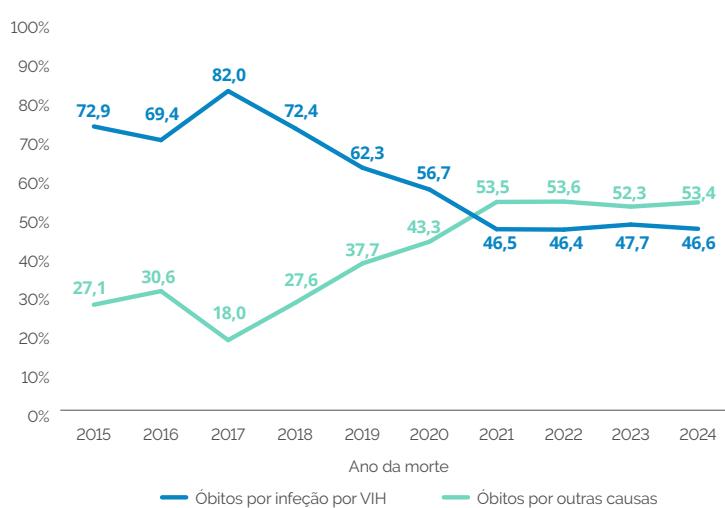
Esta informação permite evidenciar a subnotificação dos óbitos ao sistema de vigilância, no qual se contabilizou, para o mesmo período, um total de 2 356 óbitos, o que corresponde a 57,4% do apurado a partir do SICO.

Evolução da distribuição das causas de morte entre pessoas que viviam com VIH (2015-2024)

A análise dos óbitos ocorridos entre 2015 e 2024 revelou alterações na distribuição das causas de morte em pessoas que viviam com VIH. A partir de 2017, observou-se uma tendência decrescente na proporção de óbitos atribuídos à infeção por VIH, acompanhada por um aumento relativo dos óbitos por outras causas (figura 24).

Verificou-se uma inversão de tendência no padrão das causas de morte de 2020 para 2021, com os óbitos por outras causas a tornarem-se predominantes face aos óbitos por infeção por VIH.

Entre 2021 e 2024, observou-se uma estabilização na distribuição proporcional das causas de morte. Neste período, a média da mortalidade proporcional por VIH e por outras causas representou 46,8% e 53,2% do total de óbitos em pessoas que viviam com VIH, respetivamente.



*Dados provisórios

Fonte: SICO-DGS

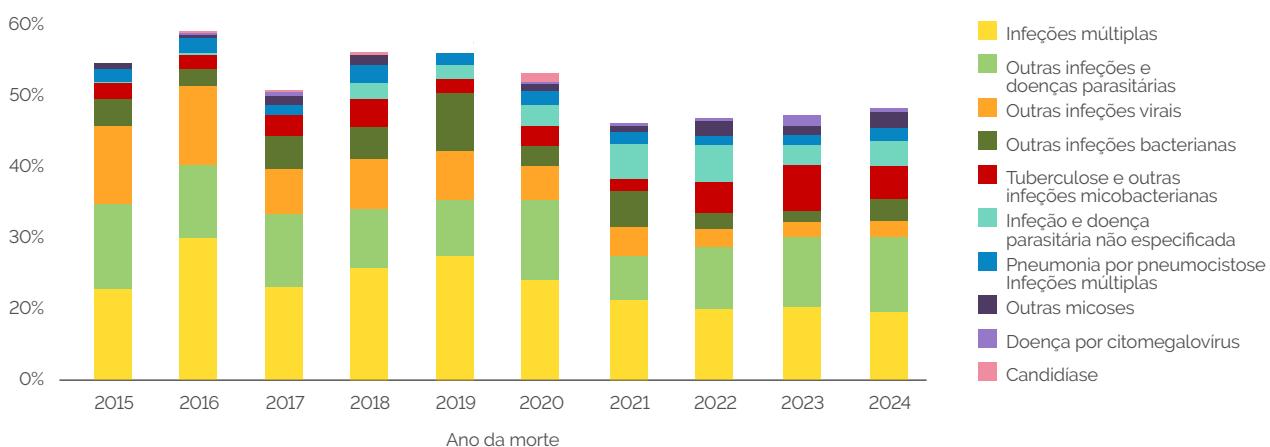
Figura 24. Evolução das causas de morte em pessoas que viviam com VIH (2015-2024).

Causas de morte associadas à infecção por VIH

Entre 2015 e 2023, as infecções múltiplas foram as causas de morte mais frequentes entre os óbitos por VIH com doenças infeciosas e parasitárias associadas (códigos CID-10: B20), com proporções entre 11,3% e 23,9% (figura 25).

Em 2024, verificou-se uma alteração do padrão de mortalidade neste grupo, com os óbitos por “outras” infecções e doenças parasitárias a representarem 12,7% dos óbitos.

A tuberculose e outras infecções por micobactérias apresentaram uma tendência crescente entre 2021 (2,0%) e 2023 (7,7%).



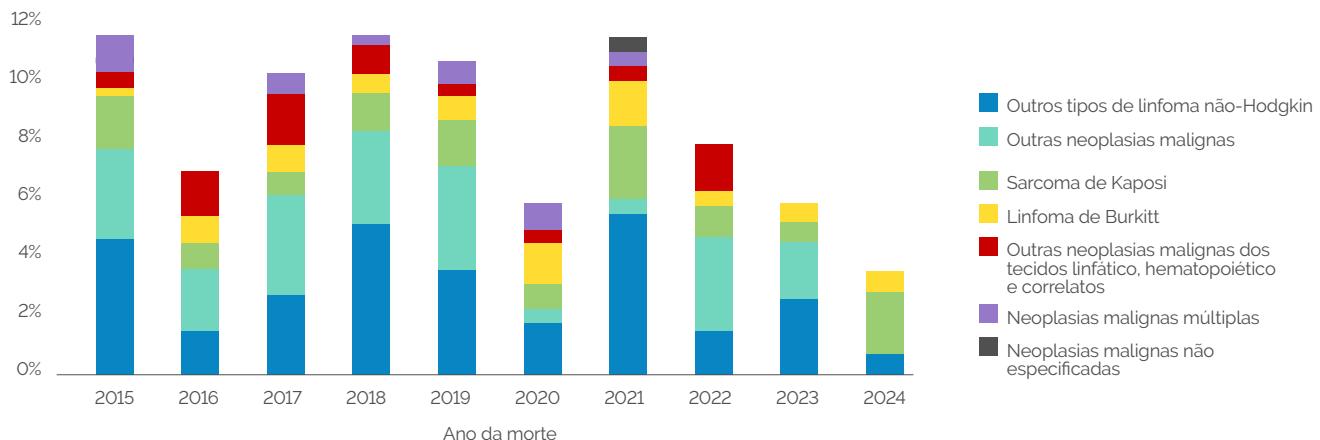
*Dados provisórios

Fonte: SICO-DGS

Nota: O eixo vertical da figura não está representado em toda a escala. A extensão final de cada barra corresponde à fração da mortalidade atribuível às restantes causas associadas à infecção por VIH.

Figura 25. Evolução dos óbitos por VIH com doenças infeciosas e parasitárias associadas (2015-2024).

No período em análise, observou-se uma distribuição heterogénea dos óbitos por VIH com neoplasias associadas (códigos CID-10: B21). Os óbitos por “outros” tipos de linfoma não-Hodgkin foram os mais frequentes entre 2017 e 2022, com proporções entre 1,6% e 5,4%, e em 2023 (2,6%). Em 2024, registou-se uma redução dos óbitos por esta causa (0,7%), tendo o sarcoma de Kaposi representado o maior peso relativo entre as neoplasias associadas à doença pelo VIH, correspondendo a 2,1% dos óbitos (figura 26).



*Dados provisórios

Fonte: SICO-DGS

Nota: O eixo vertical da figura não está representado em toda a escala. A extensão final de cada barra corresponde à fração da mortalidade atribuível às restantes causas associadas à infecção por VIH.

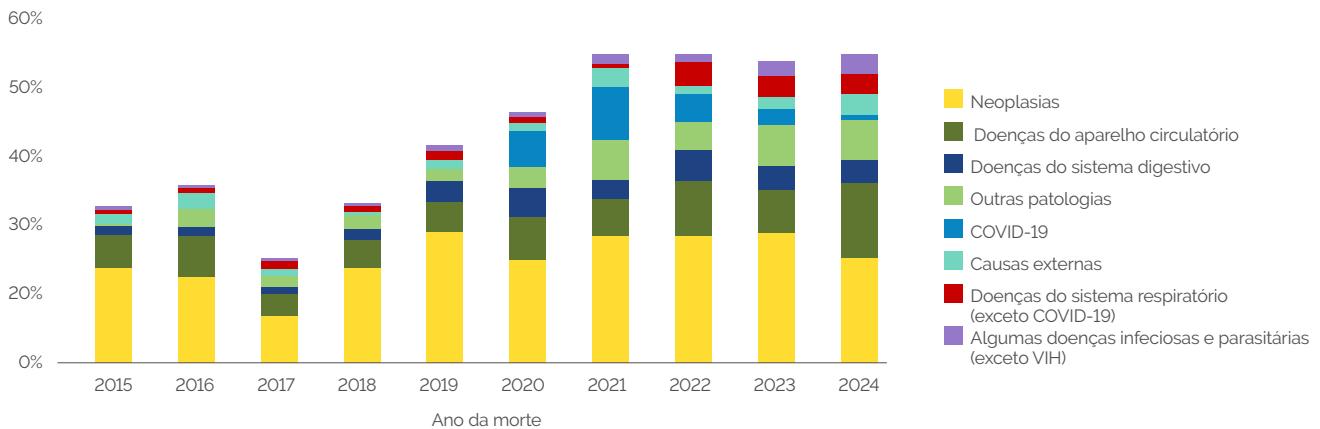
Figura 26. Evolução dos óbitos por VIH com neoplasias malignas (2015-2024).

Causas de morte não associadas ao VIH

Entre 2015 e 2024, as principais causas de morte em pessoas que viviam com VIH, excluindo a infecção por VIH como causa básica de morte, distribuíram-se pelos seguintes grupos (capítulos CID-10), por ordem decrescente de proporção:

- Neoplasias (17,8%), nomeadamente neoplasias malignas dos sistemas respiratório, digestivo e geniturinário;
- Doenças do aparelho circulatório (7,0%), nomeadamente doenças cardiovasculares e cerebrovasculares;
- Outras patologias (3,7%);
- Doenças do sistema digestivo (3,1%);
- COVID-19 (2,4%), apenas entre 2020 e 2024;
- Causas externas (1,9%), incluindo acidentes (de viação e quedas), eventos de intenção indeterminada e suicídio;
- Doenças do sistema respiratório (1,7%);
- Algumas doenças infeciosas e parasitárias (1,1%).

Na [figura 27](#) está representada a frequência das diferentes causas por ano da morte.



*Dados provisórios

Fonte: SICO-DGS

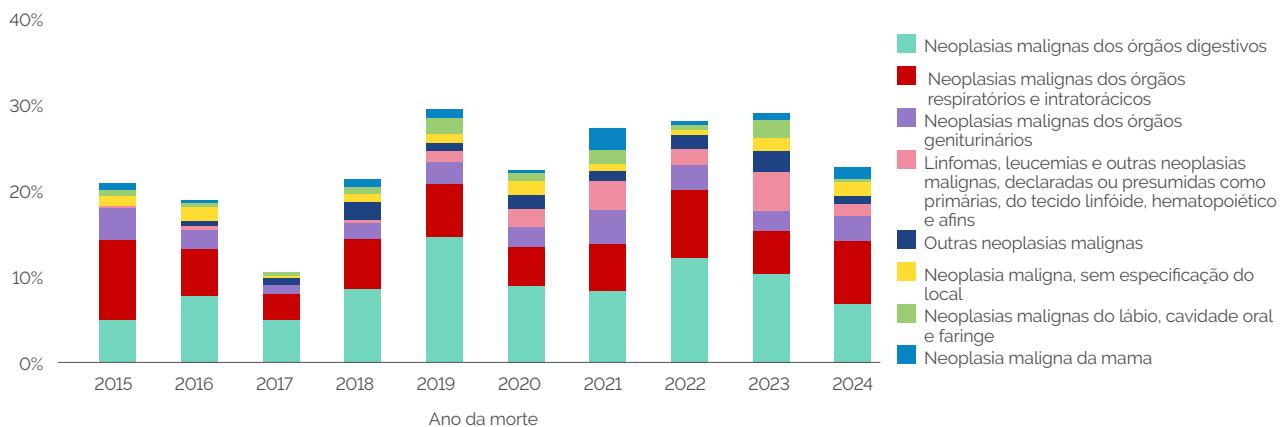
Notas:

(1) A extensão final de cada barra corresponde à fração da mortalidade atribuível à infecção por VIH.

(2) A categoria "outras patologias" inclui: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e certas condições que envolvem o mecanismo imunitário; Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; Transtornos mentais e do comportamento; Doenças do sistema nervoso; Doenças do ouvido e do processo mastoide; Doenças do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo; Doenças do aparelho geniturinário, Gravidez, parto e puerpério; Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas; e Sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais anormais, não classificados em outra parte.

Figura 27. Evolução dos óbitos por outras causas de morte em pessoas que viviam com VIH (2015-2024).

Entre os óbitos de pessoas que viviam com VIH atribuídos a neoplasias malignas (códigos CID-10: C00-C97), as neoplasias dos órgãos digestivos constituíram, na maioria dos anos em análise, a principal causa de morte (figura 28). As exceções ocorreram em 2015 e 2024, anos em que as neoplasias dos órgãos respiratórios e intratorácicos apresentaram maior representatividade, com 7,1% e 5,6% dos óbitos, respectivamente.



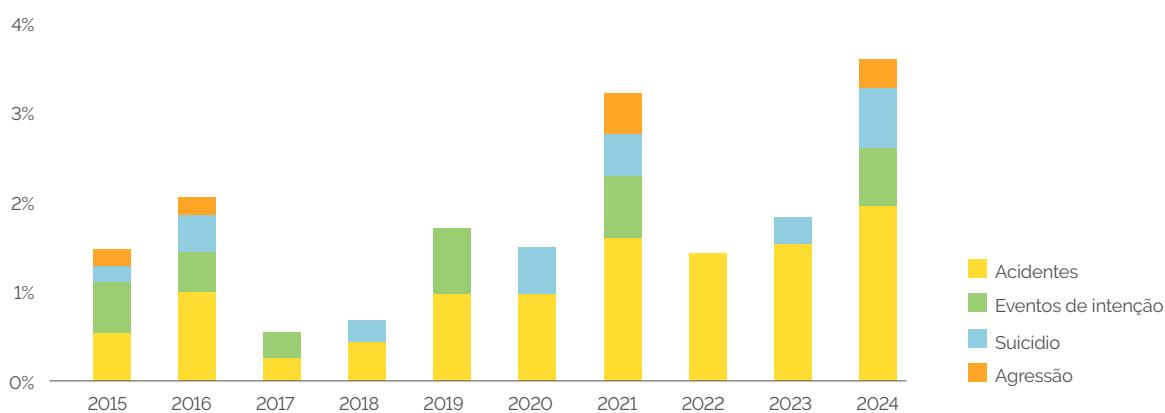
*Dados provisórios

Fonte: SICO-DGS

Nota: O eixo vertical da figura não está representado em toda a escala. A extensão final de cada barra corresponde à fração da mortalidade atribuível às restantes causas de morte.

Figura 28. Evolução dos óbitos em pessoas que viviam com VIH resultando de neoplasias malignas (2015-2024).

Na década em análise, os acidentes e o suicídio consolidaram-se como as causas externas de óbito mais frequentes nas pessoas que viviam com VIH, como pode ser observado na [figura 29](#). A mortalidade proporcional por acidentes atingiu o seu pico em 2024 (2,0%), tal como o suicídio que registou o valor mais elevado no mesmo ano (0,7%).



*Dados provisórios

Fonte: SICO-DGS

Nota: O eixo vertical da figura não está representado em toda a escala. A extensão final de cada barra corresponde à fração da mortalidade atribuível às restantes causas.

[Figura 29](#). Evolução dos óbitos por causa externa em pessoas que viviam com VIH (2015-2024).

I.4. Pessoas que vivem com VIH em Portugal

Estimativas nacionais para 2023

O curso de progressão lenta e assintomática durante vários anos favorece a existência de pessoas que desconhecem estar infetadas por VIH. Este desconhecimento tem consequências negativas na saúde individual das PVVIH, por conduzirem a diagnósticos tardios, e contribui para a disseminação da infecção por VIH. O conhecimento da dimensão e características das PVVIH, em Portugal, não diagnosticadas, é da maior importância para adequação das iniciativas dirigidas ao diagnóstico e à prevenção. Esta informação é ainda necessária para a monitorização do primeiro dos três objetivos definidos pela ONUSIDA e plasmados na Declaração de Paris⁹, subscrita por Portugal em 2017, que comprometeu os países signatários com as metas 90-90-90 até 2020, 90% das pessoas que vivem com VIH diagnosticadas, destas 90% em tratamento e dessas 90% com virémia indetectável, metas que foram revistas em 2021 e fixadas em 95-95-95, tendo 2030 como horizonte temporal para a sua concretização.

O conhecimento da prevalência da infecção na população é essencial para a identificação da proporção de PV-VIH não diagnosticadas e ambas podem ser estimadas com recurso a modelos matemáticos. Nas estimativas realizadas em Portugal tem sido adotado o modelo disponibilizado pelo ECDC, *HIV Modelling Tool*¹⁰, que usa os dados obtidos na vigilância epidemiológica de rotina para efetuar estimativas da prevalência, incidência, fração não diagnosticada e tempo para o diagnóstico (tempo decorrido entre a infecção e o diagnóstico), especificamente para a infecção por VIH-1.

A subnotificação dos óbitos e as saídas do país não comunicadas podem ter impacto nas estimativas de prevalência, pelo que nos exercícios de modelação efetuados até à data em Portugal, tem sido aplicada uma estratégia de ajustamento dos dados da vigilância epidemiológica descrita anteriormente¹⁰.

Os movimentos migratórios, mais intensificados recentemente, integram naturalmente PVVIH. Embora estes casos devam ser contabilizados para as estimativas da prevalência, não devem ser incluídos nas estimativas da incidência. Assim, a modelação cujos resultados se apresentam de seguida foi efetuada em duas etapas, em que numa, foram considerados todos os casos notificados, cujos resultados alimentaram os indicadores relacionados com a prevalência, e na outra, apenas os casos com diagnóstico em Portugal e da qual se retiram os resultados das variáveis relacionadas com a incidência e demora diagnóstica. Os resultados concertados são apresentados no [quadro 38](#), que resume as estimativas para o ano 2023, uma vez que se prevê que os dados epidemiológicos nacionais referentes a 2024 não estejam ainda consolidados.

Os resultados obtidos indicaram que em Portugal, no final de 2023, existiriam 49 699 PVVIH (48 660-50 493), o que corresponde a uma prevalência nacional de 0,47% (0,46-0,47%). Foi ainda estimado que em Portugal, em 2023, o número de infeções por VIH não diagnosticadas ascenderia a 2 888 (2 302-3 210), o que equivale a 5,8% (4,7%-6,4%) do total das PVVIH que viviam em Portugal no final desse ano.

Quadro 38. Resultados das estimativas nacionais para o ano 2023: total e por modo de transmissão.

	TOTAL	Heterossexual-Homens	Heterossexual-Mulheres	HSH	UDI
PVVIH (n)	49 699 (48 660-50 493)	12 310 (11 938-12 778)	12 553 (12 196-13 026)	13 873 (13 542-14 343)	9 700 (9 435-10 064)
PVVIH diagnosticadas (n)	46 811 (46 358-47 283)	11 332 (11 117-11 572)	11 770 (11 532-12 040)	13 035 (12 837-13 338)	9 590 (9 359-9 887)
PVVIH não diagnosticadas (n)	2 888 (2 302-3 210)	978 (821-1 206)	783 (664-986)	838 (705-1 005)	110 (76-177)
PVVIH não diagnosticadas (%)	5,8 (4,7-6,4)	7,9 (6,9-9,4)	6,2 (5,4-7,6)	6,0 (5,2-7,0)	11 (0,8-1,8)
Nº novas infeções ocorridas em 2023 (n)	635 (503-817)	91 (21-221)	91 (36-194)	293 (218-378)	13 (2-53)
Tempo para o diagnóstico (anos)	3,7 (3,5-3,9)	5,5 (5,4-5,7)	4,2 (4,0-4,4)	2,5 (2,3-2,8)	5,1 (5,0-5,2)

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

De acordo com os resultados apresentados no [quadro 38](#), terão ocorrido em Portugal 635 (503-817) novas infeções por VIH-1 durante o ano 2023, o que corresponde uma incidência estimada de 6,0 (4,7-7,7) novas infeções/ 10^5 habitantes. Como é possível constatar na [figura 30](#), a incidência nacional terá atingido o seu máximo na primeira metade da década de 90. O ano em que se estimou terem ocorrido mais novas infeções foi o ano 1993, com uma estimativa de 2 882 infeções.

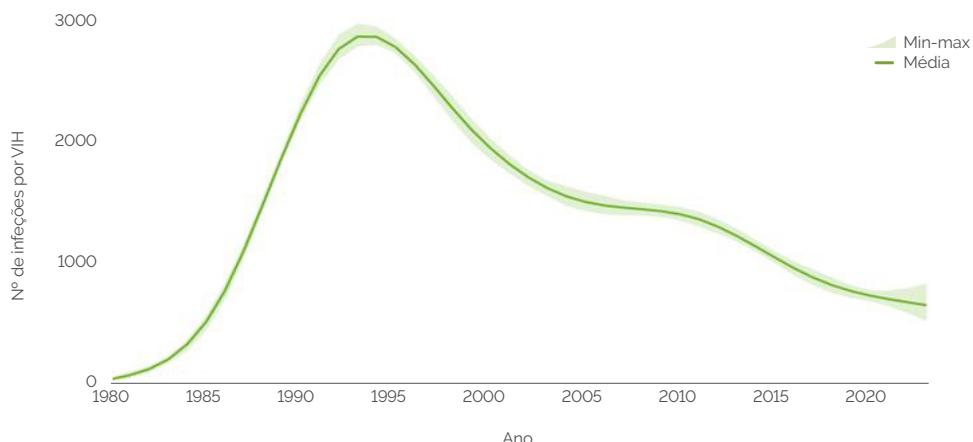


Figura 30. Tendências temporais na incidência estimada para a infecção por VIH.

Tal como atrás referido, a aplicação do modelo permite calcular a demora diagnóstica, o tempo médio decorrido entre a infecção por VIH e o seu diagnóstico, que em 2023 foi de 3,7 anos (3,5-3,9 anos). Embora se constate que o diagnóstico seja progressivamente mais precoce, a redução da demora diagnóstica tem sido lenta.

O conhecimento das estimativas nacionais é de interesse e necessário para o reporte internacional, contudo, torna-se necessário um conhecimento mais granular para informar a intervenção junto de populações em maior risco. São por isso efetuadas estimativas desagregadas para as formas de transmissão mais frequentes, cujos resultados são também apresentadas no [quadro 38](#). No que se refere à prevalência verifica-se que vivem com VIH em Portugal um número equivalente de homens e mulheres que adquiriram a infecção por relações heterossexuais (H/M=1,0) e que no seu conjunto constituem a maioria das PVVIH no país. Contrariamente ao observado para relativamente às PVVIH que se infetam por via sexual, cujo número tem vindo progressivamente a aumentar, o número de PVVIH cuja infecção está associada ao consumo de drogas injetadas tem vindo a decrescer desde o ano 2000. Este facto estará possivelmente associado a uma mortalidade mais elevada, bem como à acentuada redução do número de novas infecções neste grupo.

Observaram-se diferenças marcadas ao nível da fração não diagnosticada, a mais elevada das quais (7,9%) foi encontrada para os casos em homens que adquiriram a infecção por contacto heterossexual e a menor foi encontrada para os UDI (1,1%). Embora com incerteza associada relativamente elevada, estimou-se que em 2023 o maior número de infecções tenha ocorrido entre os HSH (n=293) e o menor entre os UDI (n=13). Foi também estimada a demora diagnóstica, sendo apurado que os diagnósticos mais precoces ocorrem nos HSH, com uma demora diagnóstica estimada de 2,5 anos (2,3-2,8 anos). Os diagnósticos mais tardios ocorrem entre os homens que adquirem a infecção por contacto heterossexual, 5,5 anos (5,4-5,7 anos), achado que é consonante com as evidências atrás descritas relativas à percentagem de diagnósticos tardios encontrada para esses grupos.

As estimativas apresentadas são efetuadas anualmente, no âmbito do exercício de recolha de informação para o reporte necessário à monitorização dos objetivos com que Portugal se comprometeu ao assinar a declaração de Dublin¹² em 2004 e a Declaração de Paris em 2017, como atrás indicado. Os resultados obtidos mostram que, em 2023, 94,2% das PVVIH em Portugal estavam diagnosticadas, valor muito próximo do primeiro objetivo da ONUSIDA, que estabelece 95% das PVVIH a conhecerem a sua infecção.

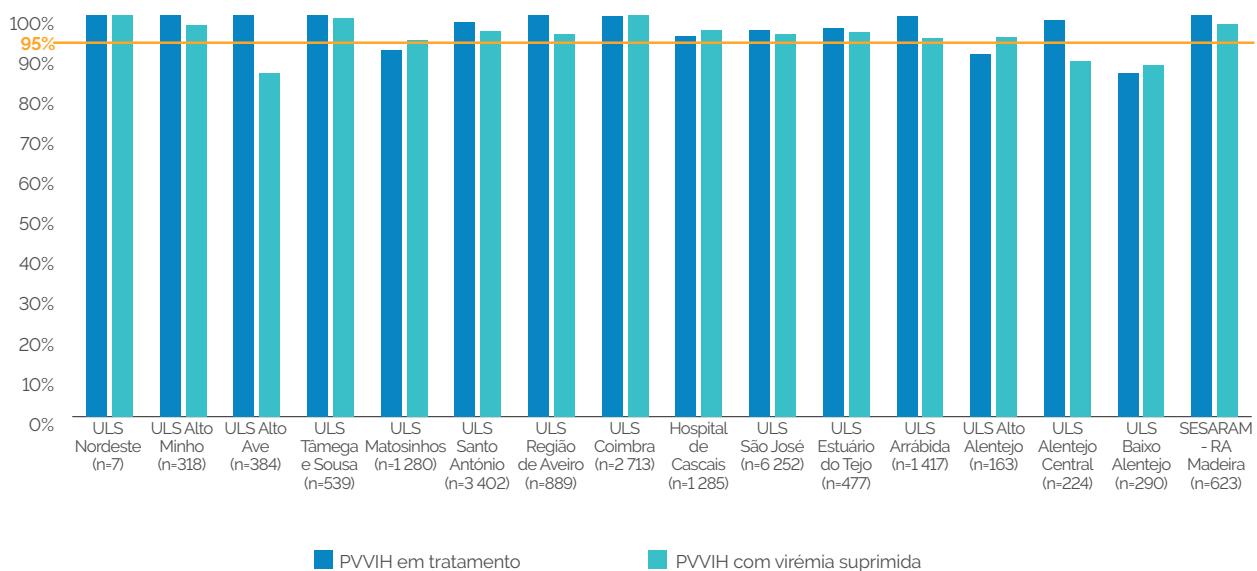
Os resultados das estimativas para as principais subpopulações, de acordo com a forma de transmissão, revelaram que embora o objetivo dos 95% de PVVIH diagnosticadas só tenha sido atingido para os UDI, mais de 90% das PVVIH que adquiriram a infecção por contacto sexual já conhecem o seu diagnóstico.

1.5. Continuum of care nos hospitais nacionais

Apesar de persistirem limitações na monitorização nacional dos 2.º e 3.º objetivos da estratégia 95-95-95 da ONUSIDA, em 2025 foi implementado um questionário dirigido a todas as Unidades Locais de Saúde (ULS) do continente e unidades hospitalares das Regiões Autónomas, tendo como objetivo estimar a proporção de doentes em tratamento antirretroviral e com supressão virológica, para o ano de 2023, para o qual foram também efetuadas as estimativas do 1.º 95 atrás apresentadas.

Foram inquiridas 43 unidades de saúde, das quais nove referiram que não têm consulta de seguimento de PVVIH e três não submeteram resposta. Das 31 unidades de saúde que seguem PVVIH e que responderam ao questionário, 16 (51,6%) reportaram dispor de informação completa para todos os indicadores e utentes, dez (32,2%) de informação completa apenas para uma fração dos utentes com VIH, duas (6,4%) de informação apenas para alguns indicadores e três (9,7%) indicaram não conseguir recolher quaisquer dos dados solicitados.

Relativamente às 26 unidades de saúde que reportaram dados para todos os indicadores solicitados, foi possível apurar que em quinze foram atingidos o 2º e 3º 95, em nove foi atingido pelo menos um dos objetivos e nas restantes duas não foi alcançada nenhuma das duas metas. No seu conjunto, em 2023 neste grupo de 26 hospitais eram seguidas 36 184 PVVIH, o que corresponde a 77,3% das PVVIH que se estima conhecerem o seu diagnóstico. A [figura 31](#) mostra as percentagens de PVVIH em tratamento e, destas, as que tinham virémia suprimida, nos 16 hospitais que disponibilizaram informação para todos os indicadores e para todos os utentes.



Fonte: DGS/PNISTVIH

Figura 31. Continuum of care das PVVIH, dados de 16 hospitais nacionais.

Com base nas respostas recebidas, foi possível obter informação consolidada para 36 184 PVVIH com pelo menos uma consulta em 2023, das quais 35 404 (97,8%) encontravam-se sob tratamento antirretroviral.

Das 35 404 PVVIH em tratamento, 33 937 (95,9%) apresentavam carga viral < 200 cópias/mL, limiar utilizado pela ONUSIDA para a monitorização desta meta.

A recolha destes dados revelou-se complexa e heterogénea entre hospitais, refletindo diferentes níveis de informatização e capacidade de extração de dados clínicos, pelo que os resultados devem ser interpretados à luz dessas limitações.

Pese embora este facto, o esforço de recolha desta informação revelou-se útil e os valores apurados, ainda que não possam ser diretamente extrapolados para a realidade nacional, apontam para o cumprimento do 2º e 3º objetivos da estratégia da ONUSIDA, respetivamente, (95% das PVVIH diagnosticadas encontravam-se em tratamento) e 95% das PVVIH em tratamento estavam em supressão virológica), nesse conjunto de hospitais.

Por outro lado, este processo sublinha a importância do desenvolvimento de um sistema nacional de monitorização contínua e automatizada da cascata do VIH.

I.6. *Fast-track Cities* portuguesas

A ONUSIDA reconheceu a importância das cidades e suas estruturas de proximidade como parceiros essenciais para o atingimento dos objetivos globais e, no dia 1 de dezembro de 2014, lançou com outras entidades parceiras a iniciativa *Fast-Track Cities* (FTC), cujos objetivos e princípios se encontram descritos na Declaração de Paris, compromisso político que os responsáveis dos municípios aderentes assinam⁹.

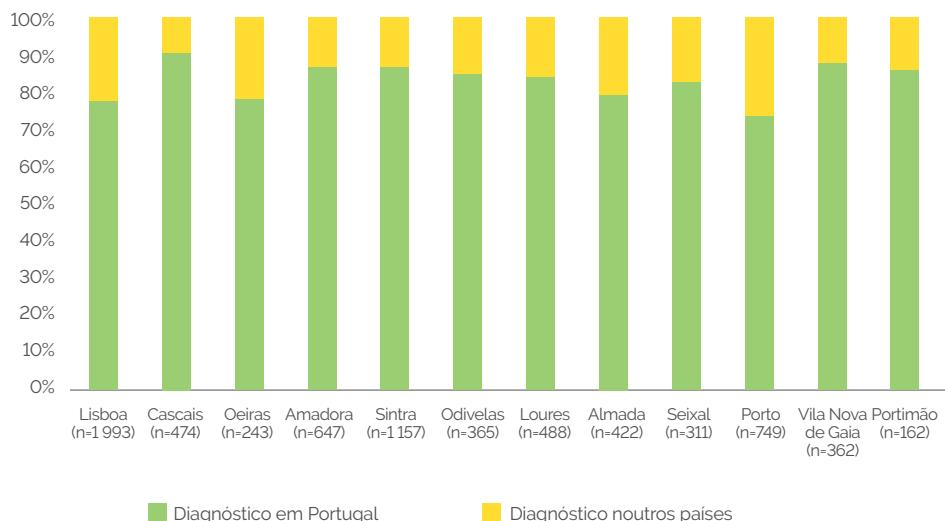
Até à data, as seguintes doze cidades portuguesas aderiram a essa iniciativa, enumeradas por ordem cronológica da adesão: Lisboa; Porto; Cascais; Oeiras; Amadora; Sintra; Odivelas; Loures; Almada; Portimão; Vila Nova de Gaia e Seixal. Em relatórios anteriores foram apresentadas as características das epidemias nas 10 primeiras cidades FTC, bem como as estimativas efetuadas relativamente ao ano 2018, que mostraram as diferenças nas epidemias das diferentes cidades e indicaram que sete destas tinham atingido a primeira meta, na altura estabelecida em 90%, e que quatro das cidades apresentavam mesmo valores superiores a 95% ^{11,12}.

O conhecimento das características das epidemias locais é da maior importância para o desenho de estratégias para o diagnóstico precoce das infecções e das medidas de prevenção e mitigação mais adequadas, permitindo assim que sejam alcançadas as metas face às quais foi estabelecido um compromisso.

I.6.1. Características dos casos com diagnóstico entre 2014 e 2023

A informação relativa ao número de casos com diagnóstico nos 10 anos que decorrem entre 2014 e 2023, nos residentes das FTC portuguesas, segundo o país onde ocorreu o diagnóstico, é apresentada na [figura 32](#).

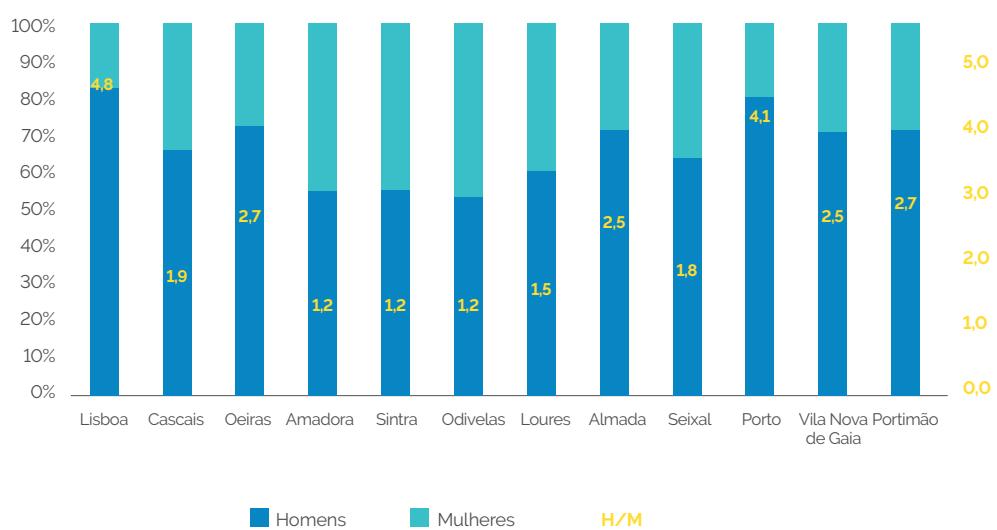
O maior número de casos (n=1 993) foi registado em residentes na cidade de Lisboa, 77,7% dos quais com diagnóstico em Portugal e foi nos residentes em Portimão que se observou o menor número de novos casos (n=139), a maioria dos quais também diagnosticados em Portugal (85,8%). Foi entre os casos de residentes no Porto que se observou a maior proporção de casos com diagnóstico fora do país (26,6%), o inverso foi registado em residentes em Cascais (9,5%).



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 32. Casos de infeção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição segundo o país onde ocorreu o diagnóstico.

Nos casos com residência nas cidades FTC observou-se uma diferença marcada na distribuição por sexo, com as proporções mais elevadas de casos do sexo masculino a serem registadas nos residentes em Lisboa (82,6%; H/M=4,8) e no Porto (80,5%; H/M=4,1) (figura 33). As percentagens mais elevadas de casos em mulheres foram identificadas em Odivelas (46,0%; H/M=1,2) e, em proporções iguais, em Amadora e Sintra (45,2%; H/M=1,2).



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 33. Casos de infeção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por sexo e razão H/M.

Na década em estudo, a taxa média de novos diagnósticos de infecção por VIH em Portugal foi de 11,5 casos/ 10^5 habitantes e as taxas médias por sexo foram, respetivamente, 17,3 casos/ 10^5 habitantes do sexo masculino e 6,2 casos/ 10^5 habitantes do sexo feminino. No [quadro 39](#), são apresentadas as taxas dos novos diagnósticos apuradas para os residentes nas cidades FTC, bem como a razão entre essas taxas e a taxa nacional – *rate ratio* (RR).

Quadro 39. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência em Portugal e nas 12 cidades FTC - taxas médias de novos diagnósticos e razão de taxas, para o total e estratificadas de acordo com o sexo.

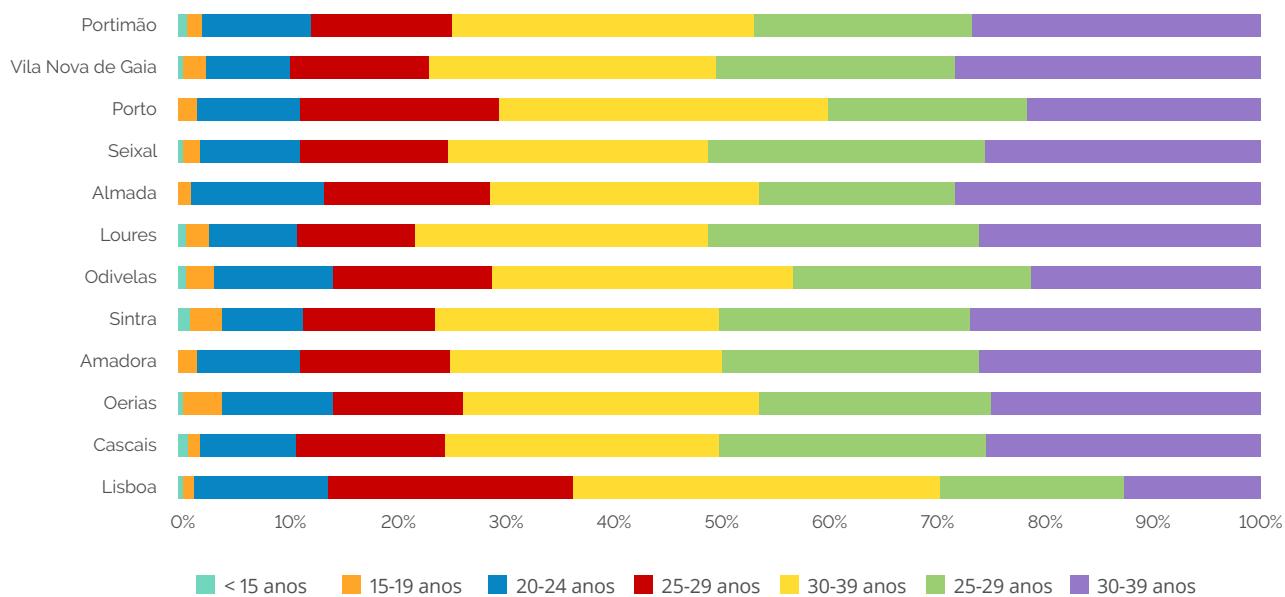
	TOTAL		Homens		Mulheres	
	nº casos/ 10^5 habitantes	RR _T	nº casos/ 10^5 habitantes	RR _H	nº casos/ 10^5 habitantes	RR _M
PORtUGAL	11,5	n.a.	17,3	n.a.	6,2	n.a.
Lisboa	28,0	2,4	49,8	2,9	9,1	1,5
Cascais	20,1	1,7	28,5	1,6	12,8	2,1
Oeiras	11,0	1,0	17,4	1,0	5,5	0,9
Amadora	32,4	2,8	38,3	2,2	27,4	4,4
Sintra	26,2	2,3	30,4	1,8	22,4	3,6
Odivelas	20,8	1,8	23,8	1,4	18,1	2,9
Loures	20,3	1,8	26,0	1,5	15,3	2,5
Almada	18,8	1,6	28,7	1,7	10,1	1,6
Seixal	15,6	1,4	21,2	1,2	10,7	1,7
Porto	23,2	2,0	40,8	2,4	8,3	1,3
Vila Nova de Gaia	10,4	0,9	15,7	0,9	5,6	0,9
Portimão	23,5	2,0	35,6	2,1	12,3	2,0

Legenda: n.a. - não aplicável; RR_T – *rate ratio* para o total de casos; RR_H – *rate ratio* para os casos em homens; RR_M – *rate ratio* para os casos em mulheres.

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

À exceção de Vila Nova de Gaia que apresentou uma RRT de 0,9, em todas as restantes cidades as taxas de novos diagnósticos VIH foram mais elevadas que a taxa nacional, e em cinco dos municípios as taxas foram iguais ou superiores ao dobro desta. Amadora registou a taxa mais elevada (32,4 casos/ 10^5 habitantes) e uma RR_T de 2,8. A estratificação por sexo, mostrou que foi em Lisboa e no Porto que se registaram as taxas mais elevadas em homens, respetivamente, 49,8 casos/ 10^5 homens (RR_H= 2,9) e 40,8 casos/ 10^5 homens (RR_H= 2,4), enquanto as taxas mais elevadas em mulheres foram observadas na Amadora (27,4 casos/ 10^5 mulheres; RR_M= 4,4) e em Sintra (22,4 casos/ 10^5 mulheres; RR_M=3,6).

A distribuição das idades ao diagnóstico da infecção por VIH por grupo etário, ilustrada na [figura 34](#), mostra que na cidade de Lisboa observou-se a proporção mais elevada de casos com idades inferiores a 30 anos (36,4%) e em Almada e Vila Nova de Gaia verificou-se a percentagem mais elevada de casos com 50 ou mais anos (28,4%).



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 34. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por grupo etário.

As medianas das idades calculadas para os casos em residentes nas cidades FTC, revelaram que os casos com residência em Lisboa registaram a idade mediana mais baixa de todas, 33,0 anos, e que em cinco cidades a idade mediana foi de 40,0 anos (quadro 40). Em todas as cidades os casos em HSH apresentaram a idade mediana mais baixa, sendo o menor valor (29,0 anos) registado em Odivelas e Seixal. À semelhança do observado para o país, as idades medianas mais elevadas registaram-se, maioritariamente, em casos de transmissão heterossexual, em homens.

Quadro 40. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC – idade mediana ao diagnóstico, para o total e estratificadas de acordo com o sexo e modo de transmissão.

	Total (anos)	Homens (anos)	Mulheres (anos)	Hetero -H (anos)	Hetero - M (anos)	HSH (anos)	UDI (anos)
Lisboa	33,0	32,0	37,0	42,0	37,0	30,0	38,0
Cascais	40,0	38,5	42,0	48,0	42,0	31,0	40,0
Oeiras	38,0	36,0	40,0	47,0	42,0	32,0	41,0
Amadora	39,0	40,0	39,0	46,0	38,0	30,5	45,0
Sintra	40,0	40,0	39,0	45,0	39,0	32,0	45,0
Odivelas	37,0	35,0	39,0	45,0	38,5	29,0	36,0
Loures	40,0	40,0	41,0	46,0	41,0	33,0	43,5
Almada	38,0	37,0	43,0	50,0	43,0	30,0	43,0
Seixal	40,0	36,0	45,0	44,0	43,0	29,0	54,0
Porto	35,5	35,0	43,0	49,0	43,0	31,0	44,0
Vila Nova de Gaia	40,0	37,5	44,5	47,0	45,0	31,0	39,5
Portimão	38,0	37,0	39,5	47,0	39,0	30,0	45,0

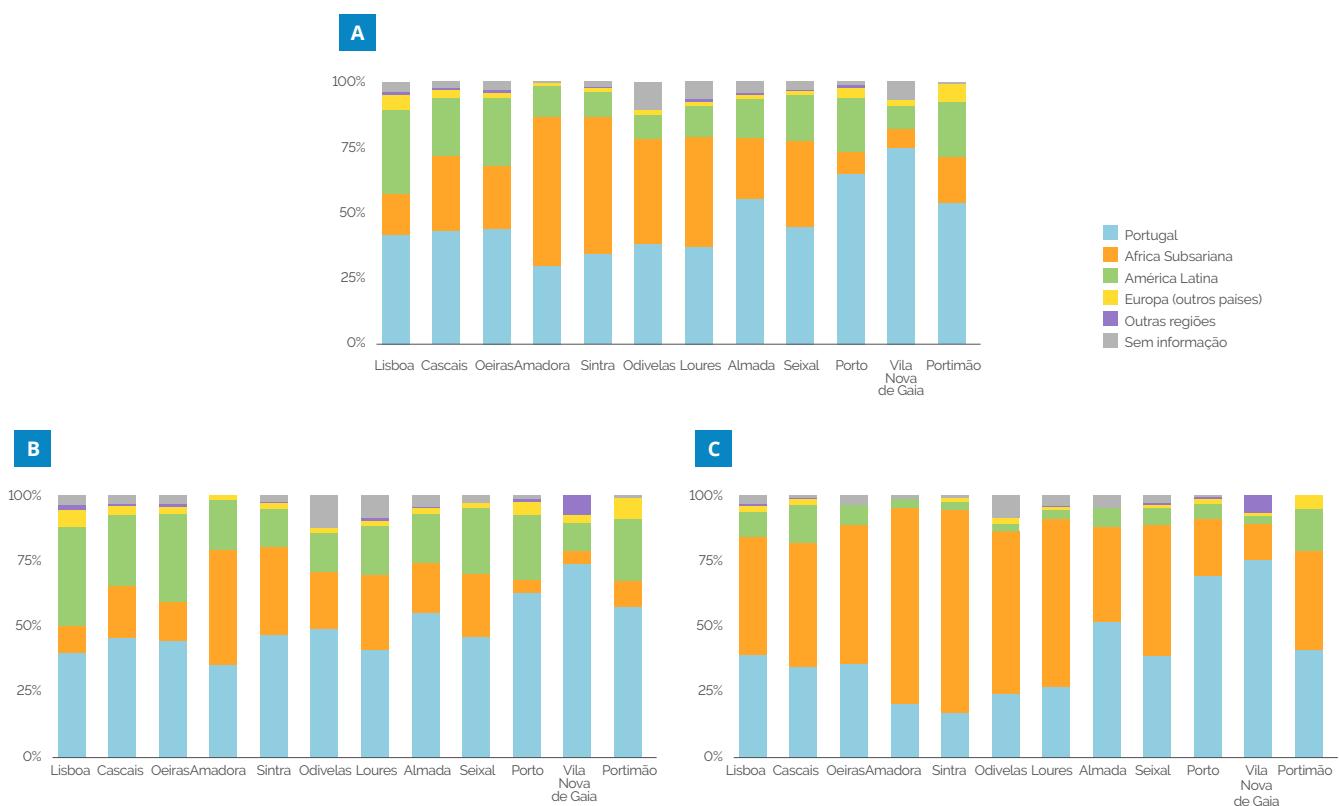
Legenda: Hetero-H – heterossexual-homens; Hetero-M – heterossexual-mulheres; HSH – homens que têm sexo com homens; UDI –utilizadores de drogas injetadas

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

A origem geográfica dos novos casos de infeção por VIH é analisada a partir da informação relativa ao país de naturalidade ou, na ausência desta informação, com a informação do país de nacionalidade. Em oito das 12 cidades FTC a maioria dos casos corresponde a pessoas nascidas noutros países, sendo as maiores percentagens destes registadas na Amadora (69,9%) e Sintra (64,2%) (figura 35A). Nestas duas cidades, 56,9% e 52,7% dos casos, respetivamente, ocorreram em pessoas nascidas em países da África Subsariana. A proporção mais elevada de casos com origem em países da América Latina foi identificada em Lisboa, 32,0%. Dos quatro municípios em que a maioria dos casos ocorre em naturais de Portugal destacam-se, com as proporções mais elevadas, as cidades de Vila Nova de Gaia (74,4%) e Porto (64,9%).

A estratificação por sexo revelou diferenças marcadas, como evidenciam a figura 35B, referente aos casos em homens e a figura 35C relativa aos casos em mulheres. Verificou-se que apenas em cinco e três dos municípios, respetivamente, a maioria dos casos em homens e em mulheres nasceu em Portugal. Amadora é o município em que a proporção de casos em homens originários de Portugal é menor (37,1%) e Vila Nova de Gaia é a cidade com a proporção mais elevada (74,4%). Nos municípios de Sintra, Amadora e Odivelas, a frequência relativa de casos em mulheres oriundas de outros países é, respetivamente, 83,1%, 80,0% e 76,4%. Apenas nos municípios de Vila Nova de Gaia, Porto e Almada as mulheres eram maioritariamente oriundas de Portugal.

Relativamente às regiões de origem das pessoas nascidas noutros países, verificou-se para o conjunto das cidades que as mulheres provêm maioritariamente da região da África Subsariana e que a América Latina é a região de origem do maior número dos homens.



Legenda: Hetero-H – heterossexual-homens; Hetero-M – heterossexuais-mulheres; HSH –homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 35. Casos de infeção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por país/região de origem, para o total de casos (A) e segundo o sexo (B – casos em homens e C – casos em mulheres).

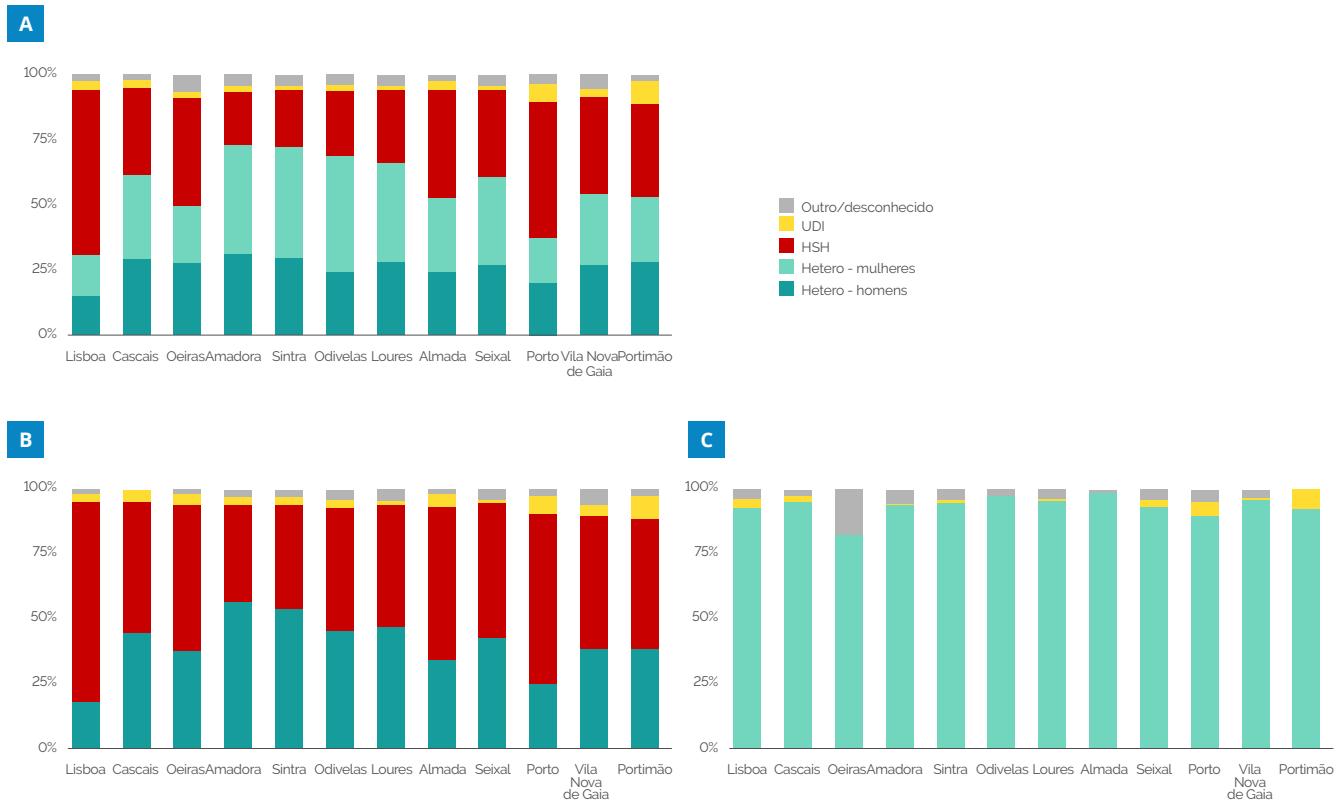
A maioria (57,4%) dos casos com residência nas 12 cidades FTC e para os quais a informação relativa ao país de provável contágio é conhecida referia contágio provável em Portugal. Após desagregação dos casos em dois grupos, segundo o país de origem, igual ou diferente de Portugal (figuras 36A e 36B), verificou-se que mais de 90% dos casos com naturalidade portuguesa e para os quais havia informação disponível na variável, referiam contágio em Portugal. Nos casos nascidos noutras países com informação disponível, o contágio terá ocorrido em Portugal em mais de 50% dos casos em sete das cidades, nas restantes a maioria dos contágios terá ocorrido fora do país.



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 36. Casos de infeção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por país de provável contágio segundo o país de origem (A – país de origem = Portugal e B – país de origem ≠ Portugal).

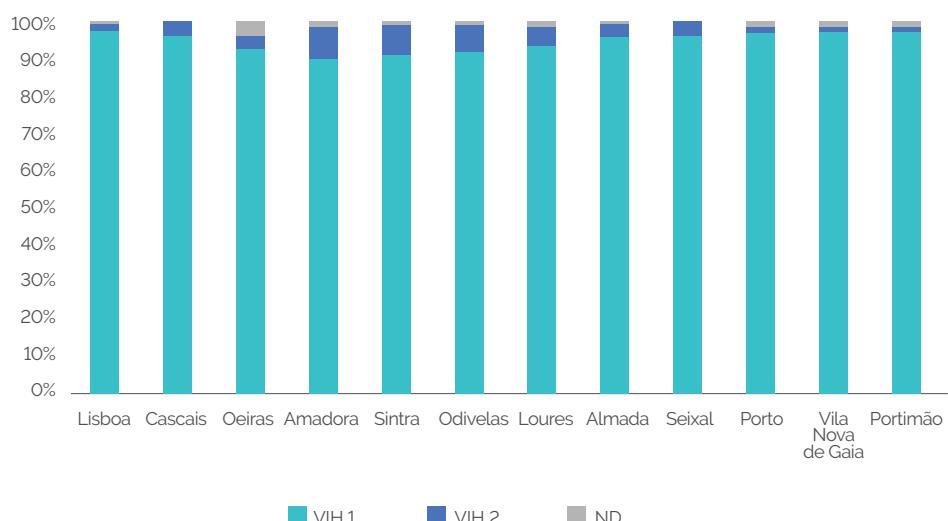
Na década em análise, a maioria dos novos casos em Lisboa e no Porto ocorreu em HSH, 63,6% e 52,4%, nas restantes cidades prevaleceram os casos de transmissão heterossexual (figura 37A). Os municípios que apresentaram as proporções mais elevadas de casos em UDI foram Portimão (8,6%) e o Porto (6,7%). Os casos em homens estiveram em maior proporção associados a transmissão em HSH em nove cidades, atingindo o valor mais elevado (76,9%) em Lisboa (figura 37B). Em todas as cidades os casos em mulheres foram, em esmagadora maioria, decorrentes de transmissão heterossexual (figura 37C).



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 37. Casos de infeção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por modo de transmissão, para o total de casos (A) e segundo o sexo (B – casos em homens e C – casos em mulheres).

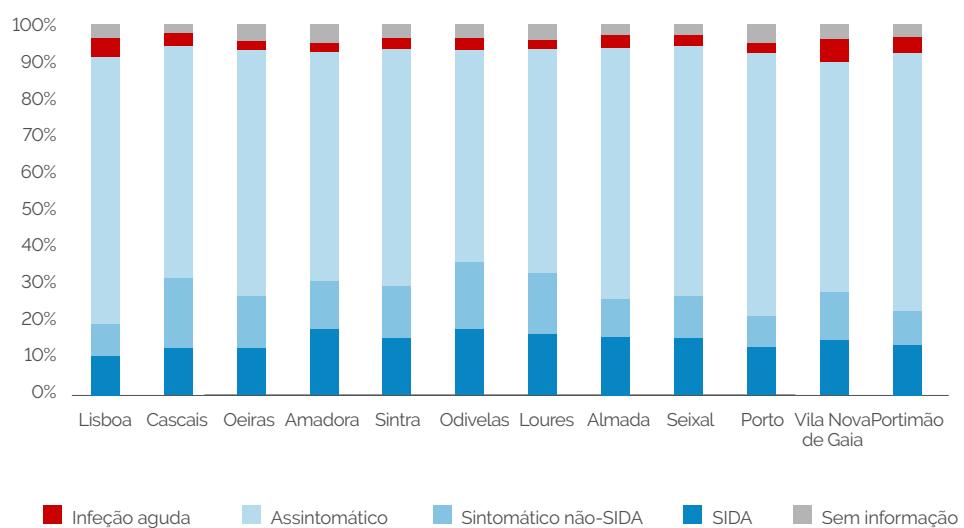
A distribuição dos casos em residentes nas cidades FTC por tipo de VIH identificado é apresentada na [figura 38](#). Embora os casos de infeção estivessem associados maioritariamente ao VIH-1, em algumas delas as proporções de casos por VIH-2 foram mais elevadas do que o registado a nível nacional e descrito anteriormente, destacando-se a Amadora (8,9%), Sintra (8,2%) e Odivelas (7,1%).



Legenda: ND - não determinado.
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 38. Casos de infeção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por tipo de vírus.

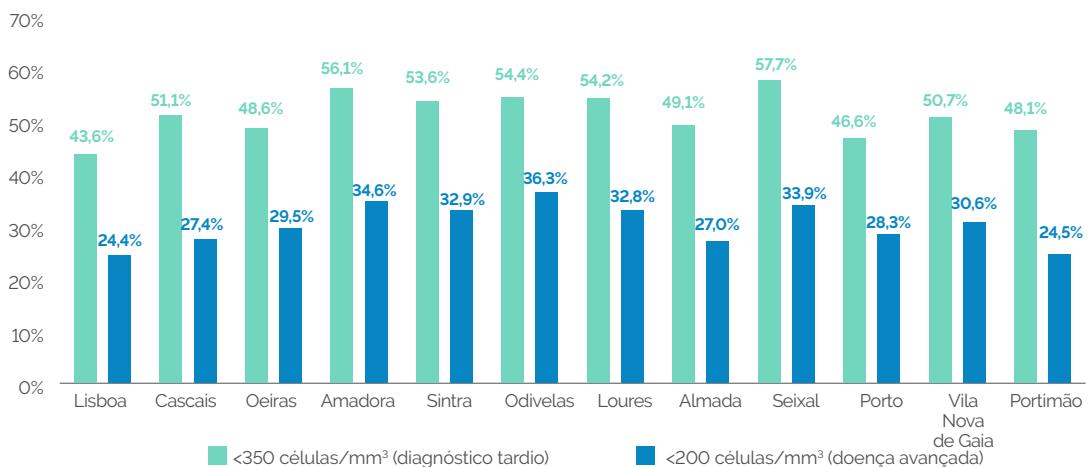
À semelhança do que se observou para o país e atrás descrito, no período em análise os casos em residentes nas FTC apresentaram-se maioritariamente no estádio “Assintomático”, registando-se valores percentuais para esse estádio entre 72,2% (Lisboa) e 57,6% (Odivelas) (figura 39). No que se refere ao diagnóstico concomitante de estádio SIDA, o mais avançado da doença, foi nestes mesmos dois municípios que se registaram a proporção mais baixa (10,4%) e mais elevada (18,1%), respetivamente. A identificação de casos em fase aguda ou de infecção recente foi pouco frequente, observando-se percentagens mais elevadas de diagnóstico nesse estádio nos residentes em Vila Nova de Gaia (6,3%) e Lisboa (5,0%).



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 39. Casos de infeção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - distribuição por estádio clínico ao diagnóstico.

A representação gráfica da proporção de casos que se apresentaram aos cuidados de saúde tardiamente ou em fase avançada da doença, de acordo com os valores obtidos nas contagens de CD4 da primeira avaliação laboratorial, consta da **figura 40**. Observou-se que Lisboa foi a cidade que apresentou proporções mais baixas relativamente aos dois limiares (43,6% apresentação tardia e 24,4% doença avançada). Os casos em residentes no Seixal revelaram a maior proporção de diagnósticos tardios (57,7%), enquanto em 36,3% dos casos de Odivelas se observou serem de doença avançada, a percentagem mais elevada desta condição entre as cidades FTC.



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 40. Casos de infecção por VIH (2024-2023), com residência nas 12 cidades FTC - proporções de casos com critério imunológico de diagnóstico tardio (<350 CD4/mm³) e doença avançada (<200 CD4/mm³).

A análise das características das epidemias das 12 cidades FTC mostrou que existem dois padrões bastante distintos. Em Lisboa e Porto predominaram largamente os casos em homens (H/M= 4,8 e 4,1), as idades medianas ao diagnóstico foram as mais baixas (33,0 e 35,5 anos), a maioria dos casos ocorreram em HSH (63,6% e 52,4%) e observaram-se as percentagens mais baixas de diagnósticos tardios (43,6% e 46,6%). O único aspecto em que diferem é na proporção de diagnósticos em pessoas nascidas em Portugal, que foram maioritárias no Porto (64,9%), mas em Lisboa não (41,1%). Nas cidades de Cascais, Amadora, Sintra, Odivelas, Loures e Seixal, observa-se uma razão H/M inferior a 2, a maioria dos novos diagnósticos ocorreu em pessoas com naturalidade diferente de Portugal, destacando-se as pessoas nascidas em países africanos, que no caso de Amadora e Sintra corresponderam à maioria dos casos, com maior expressão nas mulheres (74,8% e 76,9%). As idades medianas ao diagnóstico foram mais elevadas do que as observadas no grupo anterior, a transmissão ocorreu por relações heterossexuais em mais de 60% dos casos e a proporção de diagnósticos tardios foi superior a 50% (51,1%-57,7%), com elevada proporção de casos com diagnóstico concomitante VIH e SIDA (15,5%-18,1%). Nas cidades de Oeiras, Almada, Vila Nova de Gaia e Portimão, observa-se um padrão intermédio entre o descrito para os dois grupos anteriores no que respeita à razão H/M, à idade mediana e à percentagem de diagnósticos tardios (48,1%-50,7%), predominou a transmissão heterossexual (50,0%-54,6%) e, à exceção de Oeiras, a maioria dos casos referiu Portugal como país de nascimento.

Os primeiros dados relativos às características das epidemias nas 10 cidades FTC, que à data tinham aderido à iniciativa, foram publicados em 2019 e referiam-se aos casos com diagnóstico entre 2014 e 2018¹⁵. Comparativamente à informação então obtida, verifica-se um decréscimo da percentagem de casos que referem naturalidade portuguesa, em todas as cidades excetuando Odivelas, e também aumento da percentagem de diagnósticos tardios em algumas cidades, com maior expressão em Portimão, Oeiras, Porto e Loures.

I.6.2. Estimativas para as FTC - 2023

O exercício de modelação matemática para obtenção das estimativas para as cidades FTC, relativas ao ano 2023, foi efetuado como já descrito para as estimativas nacionais. Os resultados obtidos estão vertidos no [quadro 41](#).

Verificou-se que em duas cidades a proporção de infecções VIH não conhecidas era superior a 10% [Sintra - 12,2% (9,0-16,5%) e Loures - 11,5% (6,1-17,9%)] e em outras cinco (Amadora, Odivelas, Almada, Seixal e Vila Nova de Gaia) situava-se entre 5 e 10%. Em Lisboa, Cascais, Oeiras, Porto e Portimão menos de 5% das PVVIH desconheciam a sua infecção, o que significa que atingiram a primeira meta da ONUSIDA, ou seja, mais de 95% das PVVIH conhecem a sua infecção.

O menor tempo entre a infecção e o diagnóstico foi detetado em Portimão 2,2 anos (1,4-3,2) e em Lisboa 2,3 anos (2,0-2,6) e o mais elevado em Sintra 5,3 anos (4,5-6,3) e Loures 5,0 anos (3,4-6,7).

Tal como seria de prever, observa-se uma sobreposição entre as cidades com maiores percentagens de diagnósticos tardios, as que têm uma percentagem mais elevada de casos não diagnosticados e as que têm maior demora diagnóstica, o que por um lado valida os resultados da modelação e por outro reforça a necessidade de implementação de medidas de saúde pública que incentivem os rastreios e que aumentem a literacia em saúde da população.

Quadro 41. Resultados das estimativas relativas ao ano 2023, para as 12 cidades FTC.

	PVVIH Total (n)	PVVIH diagnosticadas (n)	PVVIH não diagnosticadas (n)	PVVIH não diagnosticadas (%)	1º 95 (%)	Novas infecções (n)	Tempo para odiagnóstico (anos)
Lisboa	8 817 (8 563-9 117)	8 633 (8 431-8 862)	184 (132-255)	2,1 (1,5-2,8)	97,9 (97,2-98,5)	50 (19-93)	2,3 (2,0-2,6)
Cascais	1 811 (1 700-2 016)	1 740 (1 653-1 865)	71 (47-151)	3,9 (2,8-7,5)	96,1 (92,5-97,2)	4 (4-32)	3,7 (2,6-5,0)
Oeiras	1 162 (1 079-1 215)	1 114 (1 057-1 188)	48 (22-97)	4,1 (2,0-8,0)	95,9 (92,0-98,0)	23 (5-45)	2,8 (1,9-4,6)
Amadora	2 158 (1 986-2 395)	1 965 (1 870-2 078)	193 (116-317)	8,9 (5,8-13,2)	91,1 (86,8-94,2)	50 (22-99)	4,2 (3,2-5,6)
Sintra	3 224 (2 990-3 548)	2 830 (2 722-2 963)	394 (268-585)	12,2 (9,0-16,5)	87,8 (83,5-91,0)	56 (11-124)	5,3 (4,5-6,3)
Odivelas	948 (872-1 089)	876 (822-941)	72 (50-148)	7,6 (5,7-13,6)	92,4 (86,4-94,3)	4 (3-30)	3,9 (3,0-5,3)
Loures	1 693 (1 529-1 943)	1 500 (1 435-1 595)	193 (94-348)	11,5 (6,1-17,9)	88,5 (82,1-93,9)	59 (19-113)	5,0 (3,4-6,7)
Almada	1 708 (1 569-1 908)	1 610 (1 515-1 729)	98 (54-179)	5,7 (3,6-9,4)	94,3 (90,6-96,4)	40 (28-61)	2,7 (1,9-4,2)
Seixal	1 043 (952-1 188)	983 (919-1 064)	60 (33-124)	5,8 (3,5-10,4)	94,2 (89,6-96,5)	25 (6-50)	2,9 (2,1-4,3)
Porto	3 386 (3 230-3 635)	3 273 (3 141-3 419)	113 (89-216)	3,3 (2,8-5,9)	96,7 (94,1-97,2)	8 (7-41)	3,6 (3,0-5,0)
Vila Nova de Gaia	931 (848-1 031)	852 (780-920)	79 (43-152)	8,5 (4,9-15,6)	91,5 (84,4-95,1)	18 (3-49)	3,5 (2,6-4,7)
Portimão	440 (384-516)	421 (374-477)	19 (10-39)	4,3 (2,6-7,6)	95,7 (92,4-97,4)	5 (3-16)	2,2 (1,4-3,2)

Legenda: PVVIH – pessoas que vivem com VIH

Os valores estimados para o número de PVVIH nas cidades FTC, revelaram valores de prevalência entre 0.30% (0,27-0,33), correspondente à prevalência em Vila Nova de Gaia, e 1,55% (1,51-1,61) em Lisboa. Para além desta última, duas outras cidades FTC apresentaram estimativas de prevalência superiores a 1,0%, valor que a ONU-SIDA considera elevado, são elas o Porto 1,36% (1,30-1,46) e a Amadora 1,21% (1,11-1,34) ([quadro 42](#)). Estas prevalências revelam-se mais de duas vezes e meia superiores à prevalência nacional, como pode ser constatado pelos valores obtidos na razão de prevalências. Vila Nova de Gaia é a única cidade que apresentou um valor de prevalência inferior à estimada para o país.

Quadro 42. Prevalência da infecção por VIH estimada para Portugal e cidades FTC, para o ano 2023.

	PVVIH	Prevalência (%)	Razão de prevalências
PORTUGAL	49 699	0,47	n.a.
Lisboa	8 817	1,55	3,3
Cascais	1 811	0,82	1,8
Oeiras	1 162	0,66	1,4
Amadora	2 158	1,21	2,6
Sintra	3 224	0,82	1,7
Odivelas	948	0,62	1,3
Loures	1 693	0,82	1,8
Almada	1 708	0,94	2,0
Seixal	1 043	0,60	1,3
Porto	3 386	1,36	2,9
Vila Nova de Gaia	931	0,30	0,6
Portimão	440	0,70	1,5

Legenda: n.a. - não aplicável;

Relativamente às estimativas publicadas anteriormente para as cidades FTC¹³, verifica-se que Lisboa, Oeiras e Portimão tinham já atingido os 95% e mantêm essa meta e que Porto e Cascais diminuíram a proporção de casos não diagnosticados e também atingiram esse objetivo. Almada e Odivelas registam também um aumento da proporção de casos diagnosticados, contudo, ainda não suficiente para atingir a meta. Evoluíram no sentido inverso as estimativas para Amadora e Loures, verificando-se aumento da proporção de casos não diagnosticados e em Sintra a proporção manteve-se, mas abaixo dos 90%.

Importa registar que as estimativas para a maioria destas cidades acarretam uma incerteza mais elevada do que a estimativa nacional, devido ao comparativamente menor número de casos. O atraso na notificação poderá também ter um maior impacto a este nível mais granular. Por fim, as estimativas realizadas para 2018 não tiveram a estratégia das duas etapas, na qual os casos com diagnóstico fora do país são apenas considerados para estimar a prevalência e não na estimativa da incidência, tendo sido efetuadas com todos os casos, facto que poderá explicar algumas variações encontradas.



Capítulo II

Atividades desenvolvidas



O ano de 2024 foi particularmente marcado por mudanças estruturais nos serviços da administração central e serviços do SNS, no contexto da criação generalizada do modelo de organização e funcionamento dos serviços de saúde do SNS em ULS, determinada pelo Decreto-Lei 102/2023, de 7 de novembro¹⁴. Nessa sequência, o Decreto-Lei n.º 54, de 6 setembro de 2024¹⁵ definiu que a Direção-Geral da Saúde sucede no domínio da saúde pública e da coordenação regional dos programas de saúde as atribuições e competências das ARS, I. P, após a extinção destas, e define que as funções operativas do serviço de saúde pública de área de intervenção regional são exercidas pelas delegações regionais de saúde da DGS.

Nesse contexto, foi necessária a redefinição de um novo modelo de governação para a área da Infeção por VIH e outras IST, com impacto na indicação de interlocutores locais e regionais e respetivas atribuições.

Este processo repercutiu na organização das atividades de prevenção e rastreio locais, nalguns casos com novos interlocutores, o que se traduziu numa maior dificuldade na recolha de dados das atividades realizadas e, consequentemente, no número de materiais preventivos disponibilizados e de testes rápidos realizados nos CAD, nos CSP e nas DICAD, no ano em análise.

II.1. Prevenção

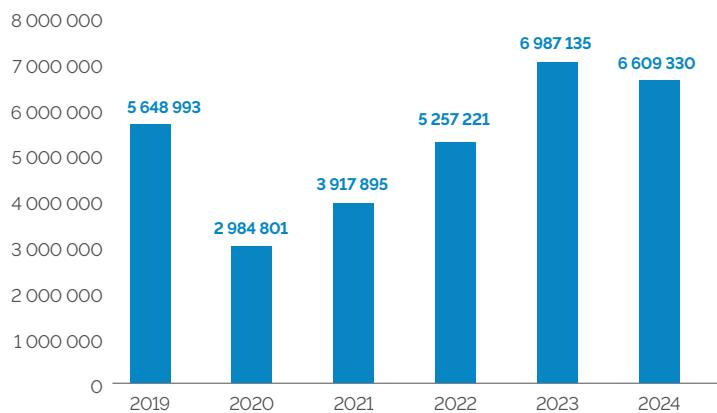
Contribuir para a redução de novas IST, incluindo a infeção por VIH, constitui um dos objetivos basilares da resposta nacional do PNISTVIH. Não obstante a sua tendência decrescente, a taxa de diagnósticos de infeção por VIH em Portugal permanece acima da taxa média observada nos países da UE, o que reforça a necessidade de um investimento contínuo e da implementação de ações para atingir metas mais ambiciosas. Globalmente, mantêm-se os objetivos de acesso pleno à prevenção, informação, rastreio e tratamento das IST, incluindo a infeção por VIH.

Nesse sentido, o PNISTVIH manteve o investimento e a otimização dos programas de prevenção dirigidos à população em geral e, em especial, a populações-chave. Entre os vários programas, destaca-se a disponibilização gratuita e acessível a materiais preventivos – como preservativos externos e internos e gel lubrificante, os programas de redução de risco e minimização de danos associados ao consumo de substâncias psicoativas, designadamente, o Programa Troca de Seringas (PTS), a expansão da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao VIH, bem como a promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção da violência e redução do estigma e discriminação das PVVIH e em risco acrescido.

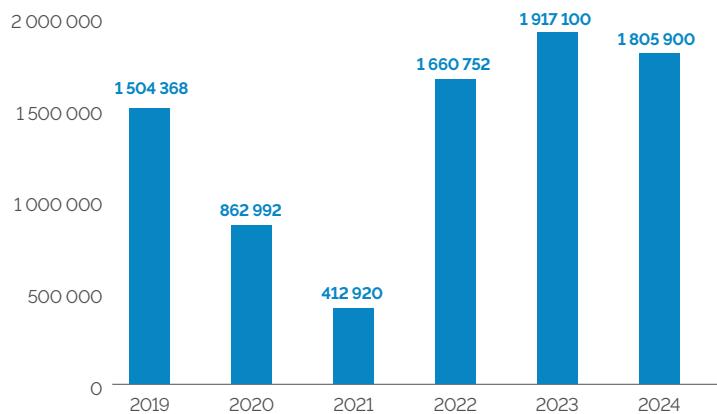
II.1.1. Acesso a materiais preventivos

O PNISTVIH assegurou a distribuição de 6 609 330 preservativos externos (masculinos) e internos (femininos) e de 1 805 900 embalagens de gel lubrificante em 2024 ([figuras 41 e 42](#)). A distribuição de preservativos e de gel lubrificante registou uma ligeira diminuição de 5,4% e 5,8% comparativamente a 2023.

A redução do número de materiais preventivos distribuídos pode dever-se à reestruturação das equipas regionais e locais, e à reorganização de serviços, após a extinção das ARS.



Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 41. Número de preservativos distribuídos (2019-2024).

Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 42. Número de embalagens de gel lubrificante distribuídas (2019-2024).

No que se refere às populações a quem é distribuído o material preventivo, a maior parte dos preservativos externos destinam-se a trabalhadores do sexo (TS) (41,44%), seguida da população em geral (20,44%) e HSH (16,39%). Os preservativos internos destinam-se maioritariamente a TS (40,34%), seguida da população em geral (27,90%) e HSH (7,95%). O gel lubrificante destina-se maioritariamente a TS (40,94%), seguida de HSH (22,45%) e população em geral (15,47%).

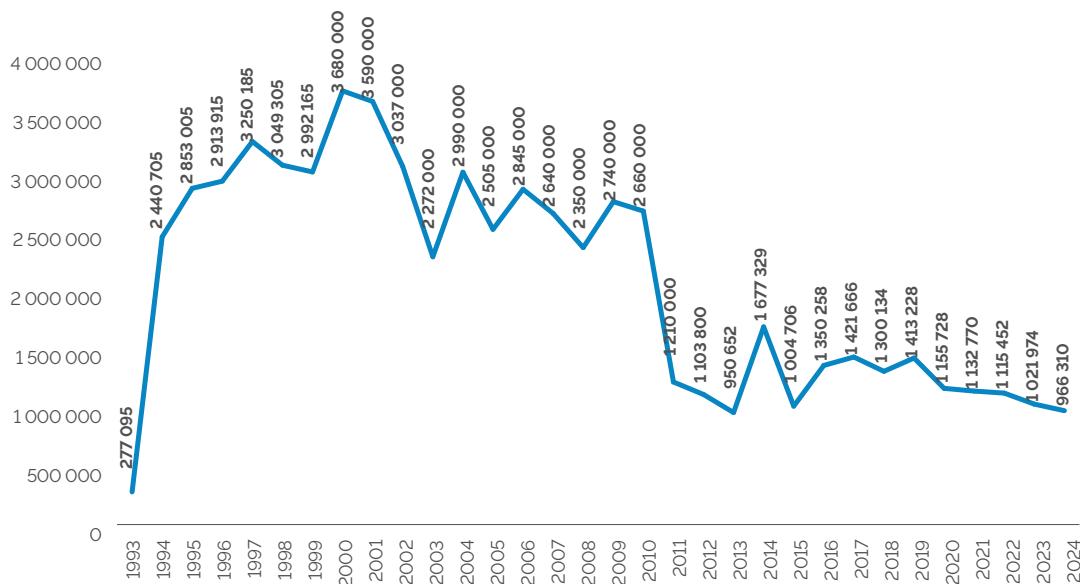
A distribuição dos materiais preventivos foi assegurada através de organizações não-governamentais (ONG)/organizações de base comunitária (OBC), estabelecimentos públicos de educação, entidades privadas de educação, estabelecimentos públicos de saúde, estabelecimentos prisionais e eventos recreativos e organizações da juventude. Em 2024, as ONG/OBC foram as entidades que efetuaram maior número de pedidos e em maior volume (75%) seguidas dos estabelecimentos públicos de saúde (11,08%).

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

O PTS, programa de redução de riscos e minimização de danos, tem contribuído significativamente para a redução da proporção de novos casos de infecção por VIH, em pessoas que utilizam drogas por via injetável. Desde

a sua implementação em 1993, o PTS garantiu a distribuição de 65 909 382 seringas, numa média anual de 2 059 668 seringas (figura 43).

De 2014 a 2024, a média anual foi de 1 232 687 seringas, o que revela uma redução no número de seringas distribuídas anualmente, justificado por alterações nos padrões e consumo, com a via fumada a ganhar cada vez mais terreno.



Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 43. Número de seringas distribuídas no âmbito do PTS (1993 – 2024).

Em 2024, o PTS distribuiu 966 310 seringas entre pessoas que utilizam drogas por via injetável, observando-se um decréscimo de 5,45%, comparativamente ao ano de 2023.

As Equipas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (ERRMD) foram responsáveis pela distribuição de 838 842 seringas, o que corresponde a 86,81% do total das seringas distribuídas. As farmácias associadas da Associação Nacional das Farmácias (ANF) e da Associação de Farmácias de Portugal (AFP) distribuíram 12,25% do total das seringas (n=118 332), enquanto as unidades de saúde dos CSP asseguraram a distribuição de 0,95% das seringas distribuídas em 2024 (n=9 136).

Encontravam-se registadas 1 693 farmácias aderentes ao PTS, englobando farmácias associadas da ANF e da AFP. Das ERRMD, num total de 52, 5 são financiadas pela DGS, através do PNISTVIH (Associação Ser+, Associação Existências, Associação Novo Olhar II, Associação Médicos do Mundo, Associação para o Planeamento da Família – Algarve). No que diz respeito aos cuidados de saúde primários (CSP), em 2024, apenas se verificou distribuição de seringas na Região Autónoma da Madeira (n=9 136).

O PTS está disponível em todos os distritos de Portugal Continental, bem como nas duas regiões autónomas, sendo que apenas no distrito de Portalegre, à semelhança de anos anteriores, não registou distribuição de seringas. Os distritos que registaram maior número de seringas distribuídas foram o Porto (n=411 210), Lisboa (n=267 906) e Coimbra (n=135 690). Inversamente, os distritos onde se registaram o menor número de seringas distribuídas foram a Guarda (396), Bragança (670) e Viana do Castelo (860).

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

II.1.3. Profilaxia Pré-Exposição ao VIH

A publicação do Despacho n.º 4835/2017 de 2 de junho¹⁶ e da Norma n.º 025/2017 de 28 de novembro¹⁷ garantiram a disponibilidade da PrEP em Portugal, a partir de 2017, registando-se desde então, o aumento do número de consultas hospitalares disponível em todas as regiões do território nacional.

Com o objetivo de facilitar o acesso atempado às primeiras consultas, foram criadas 2 consultas descentralizadas de PrEP, procurando minimizar o tempo de espera significativo para consulta hospitalar, nas regiões do Norte (Porto), no âmbito de uma parceria entre a Associação Abraço e os Centros Hospitalares e Universitários de São João e de Santo António, e na região de Lisboa e Vale do Tejo (Almada), iniciativa conjunta do GAT, a ULS Almada Seixal e a Câmara Municipal de Almada.

Reconhecidas as limitações decorrentes da dispensa da PrEP exclusiva em contexto hospitalar, efetuada através dos serviços farmacêuticos dos hospitais do SNS, após prescrição médica realizada no âmbito de uma consulta de especialidade hospitalar integrada na rede de referenciamento da infecção por VIH, assim como os significativos tempos de espera para a primeira consulta, foi publicada a Portaria n.º 402/2023 de 4 de dezembro¹⁸. A referida Portaria, para além de estabelecer um regime excepcional de comparticipação para os medicamentos destinados à PrEP, alargou o conjunto de especialidades médicas autorizadas a prescrever, como sejam a Dermatovenerologia, Doenças infeciosas, Medicina geral e familiar, Medicina interna, Pediatria e Saúde pública, quer no setor público, quer em consultórios, unidades de saúde e OBC não integradas no SNS.

A prescrição da PrEP oral passou a ser efetuada por via eletrónica desmaterializada, através da plataforma de Prescrição Eletrónica Médica (PEM), nos termos da Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho¹⁹, até ao máximo de 7 embalagens em cada receita. A dispensa, passou a ser realizada por farmácias comunitárias, por preço igual ou inferior a €40,00 por embalagem de 30 comprimidos e com comparticipação do Estado no preço dos medicamentos feita pelo Escalão B, correspondendo a 69% do respetivo preço de venda ao público (€12,40) praticado no SNS.

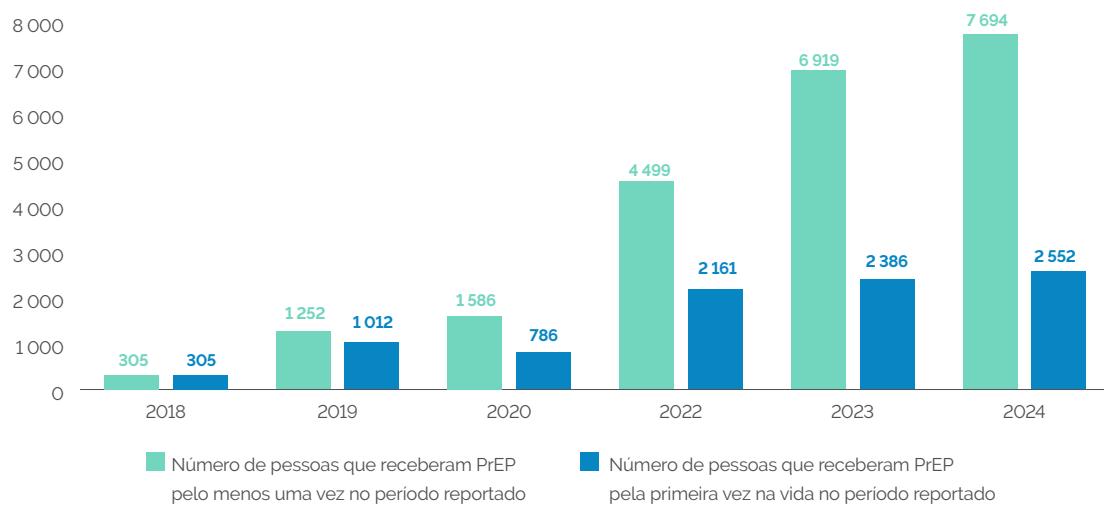
Na sequência da publicação da Portaria, a DGS publicou a Norma n.º 01/2024 em 22 de março de 2024, atualizando a Norma n.º 25/2017 de 28/11/2017, por sua vez atualizada em 16/05/2018²⁰, adequando-a às necessidades atuais e definindo os critérios e as formas de prescrição da PrEP oral.

Em 30 de janeiro de 2025, foram estabelecidos, através da Circular Normativa Conjunta n.º 7/2025/ACSS/DGS/INFARMED/DE-SNS/INSA²¹, destinada às ULS, E.P.E., os termos em que são celebrados os protocolos a celebrar entre as ULS, E.P.E. e as OBC para a PrEP em contexto comunitário.

II.1.3.1 Profilaxia Pré-Exposição ao VIH no contexto da consulta disponibilizada nos hospitais da Rede de Referenciamento da Infecção por VIH

À semelhança de anos anteriores, o PNISTVIH recolheu informação referente aos indicadores da PrEP, definidos através das orientações do *ECDC HIV Pre-Exposure Prophylaxis in the EU/EEA and the UK: implementation, standards and monitoring – Operational guidance*²², junto das Unidades Locais de Saúde do território nacional.

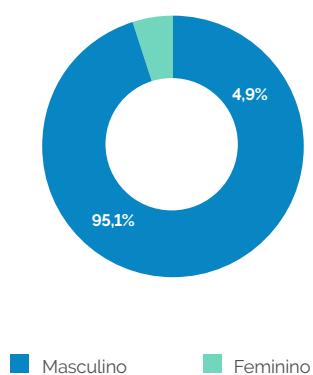
Das 39 ULS e 2 hospitais das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, apenas a ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro não respondeu ao questionário, 8 hospitais responderam que não têm consulta de VIH, 7 referiram não ter consulta de PrEP e 29 informaram que a consulta de PrEP estava disponível, em 2024. As 29 unidades hospitalares reportaram um total de 7 694 pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez e destas, 2 552 pela primeira vez nesse ano, registando assim um aumento de mais 11% no número que receberam PrEP pelo menos uma vez, em comparação com o ano de 2023 (figura 44).



Fonte: DGS-PNISTVIH

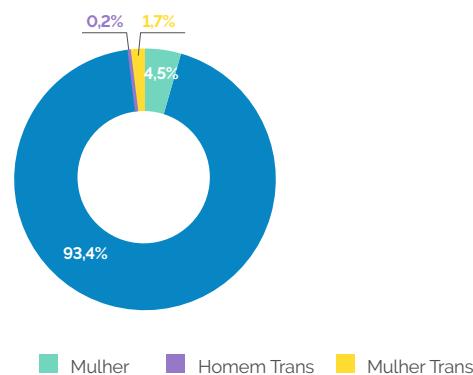
Figura 44. Número de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar (2018-2024).

Do total de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez nesse ano, na sua maioria são do sexo masculino (95,1%) (figura 45). Relativamente à variável identidade de género, a esmagadora maioria (93,4%) identifica-se como homem (figura 46). Quando se analisa a variável idade, verifica-se que a maior percentagem corresponde a pessoas com idades compreendidas entre 30 e 39 anos (43,2%), seguido do grupo etário 20 e 29 anos (26,2%). As pessoas com idades entre 40 e 49 anos corresponderam a 20,3% do total e com menores percentagens encontram-se as pessoas com cinquenta ou mais anos (10,1) e 15 e 19 anos (0,3%) (figura 47).

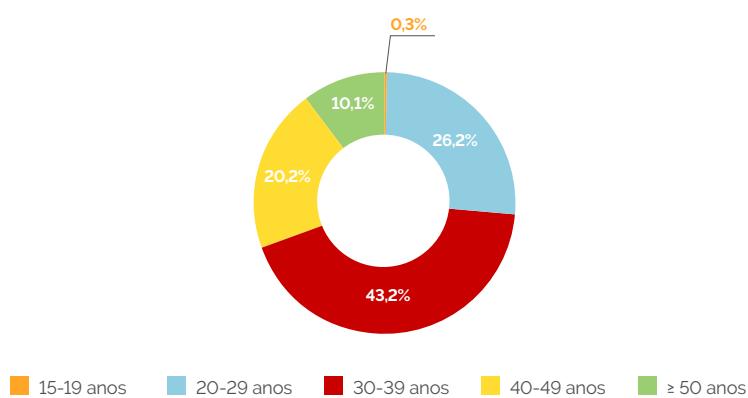


Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 45. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2024, por sexo.



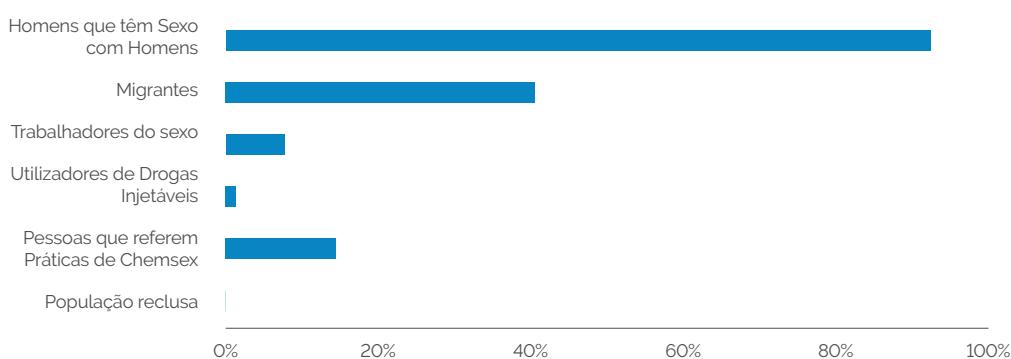
Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 46. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez, por género.

Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 47. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2024, por grupos etários.

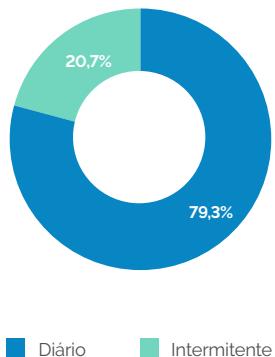
Da informação desagregada por populações chave abrangidas, verifica-se que 92,4% dos utentes de PrEP são HSH, 40,6% migrantes, 7,7% TS, 1,4% UDI e 14,5% referiram práticas de *chemsex* (figura 48). As opções não são mutuamente exclusivas.



Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 48. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2024, por populações chave.

Em 90,1% das pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2024, está disponível a informação sobre o regime da toma, com cerca de 79% das pessoas em regime diário ([figura 49](#)).



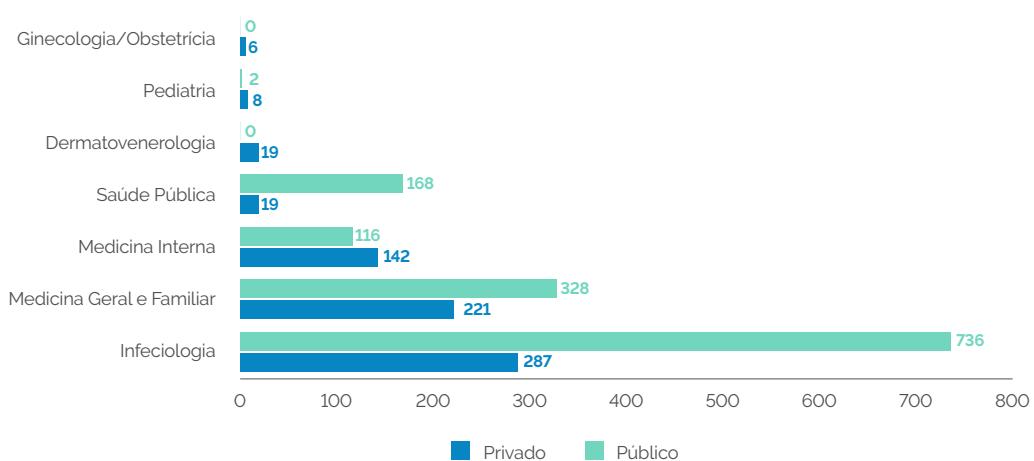
Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 49. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2024, por regime de toma.

II.1.3.1 Profilaxia Pré-Exposição ao VIH no âmbito da Portaria n.º 402/2023 de 4 de dezembro

A prescrição da PrEP através da PEM e a dispensa em farmácias comunitárias encontra-se em funcionamento desde julho de 2024.

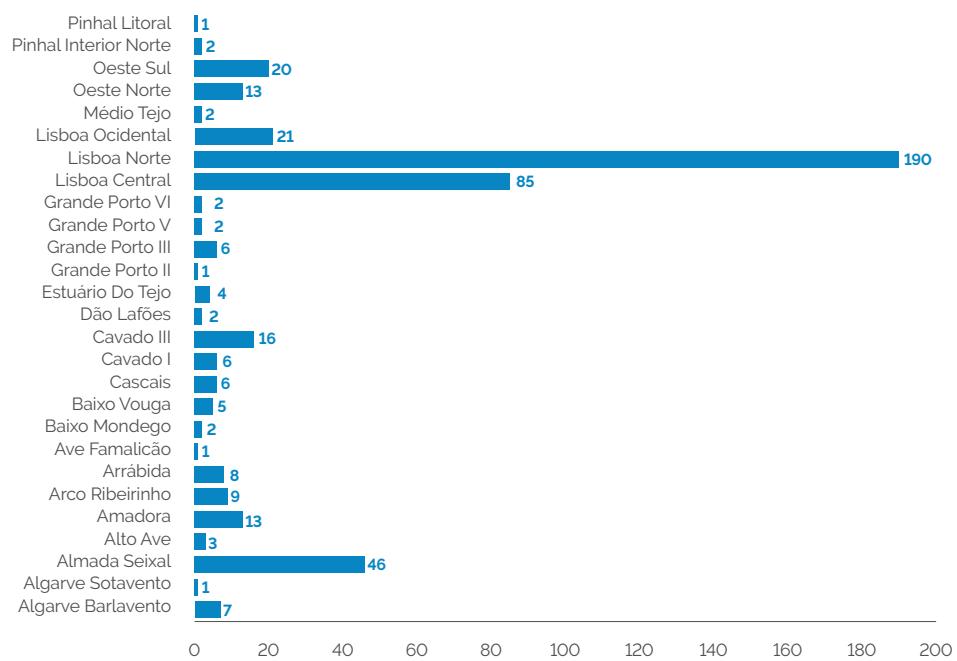
Os dados extraídos da PEM bem como os disponibilizados pela ANF e AFP informam que entre julho de 2024 e abril de 2025, foram efetuadas 2 075 prescrições, das quais 65,06% (n=1 350) em unidades de saúde públicas e 39,94% (n=725) em unidades de saúde privadas correspondendo a um total de 2 275 embalagens prescritas. As especialidades que efetuaram maior número de prescrições, em ambos os contextos, foram a Infeciólogia, seguida de Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna e Saúde Pública, em ambos os setores público e privado ([figura 50](#)).



Fonte: PEM-SPMS

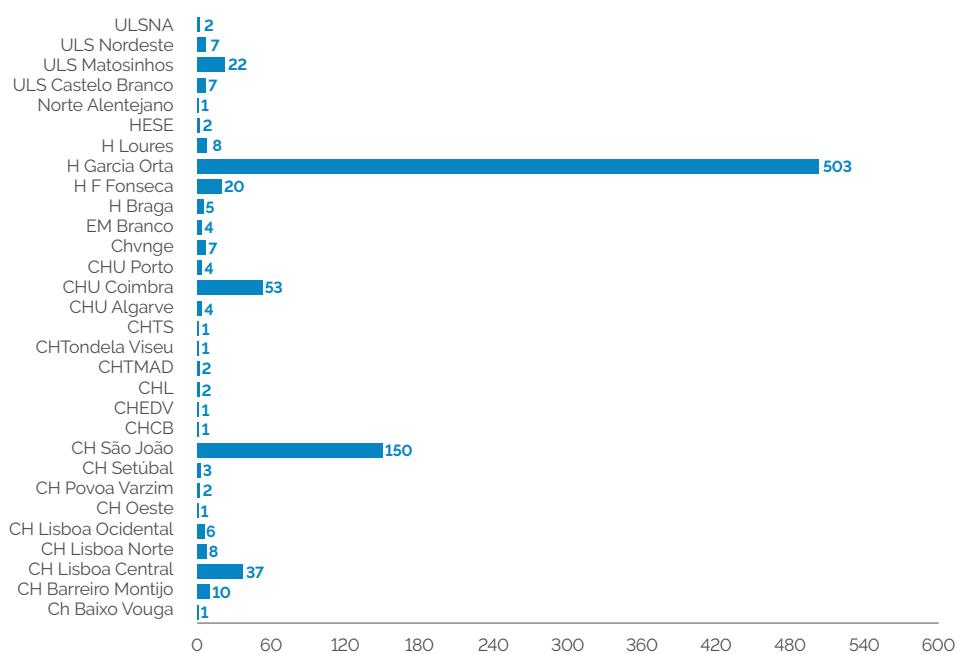
Figura 50. Número de prescrições de PrEP através da PEM, por contexto (público ou privado), por especialidade (julho 2024 – abril 2025).

As prescrições efetuadas em contexto público, nos CSP, envolveram 27 ACES, destacando-se em maior número as localizadas na região LVT (Lisboa Norte, Lisboa Central e Almada Seixal) (figura 51). Foram ainda identificadas prescrições efetuadas em centros hospitalares, com destaque para o Hospital Garcia de Orta e Centro Hospitalar de São João (figura 52).



Fonte: PEM-SPMS

Figura 51. Número de prescrições de PrEP através da PEM, efetuadas por ACES (julho 2024 – abril 2025).



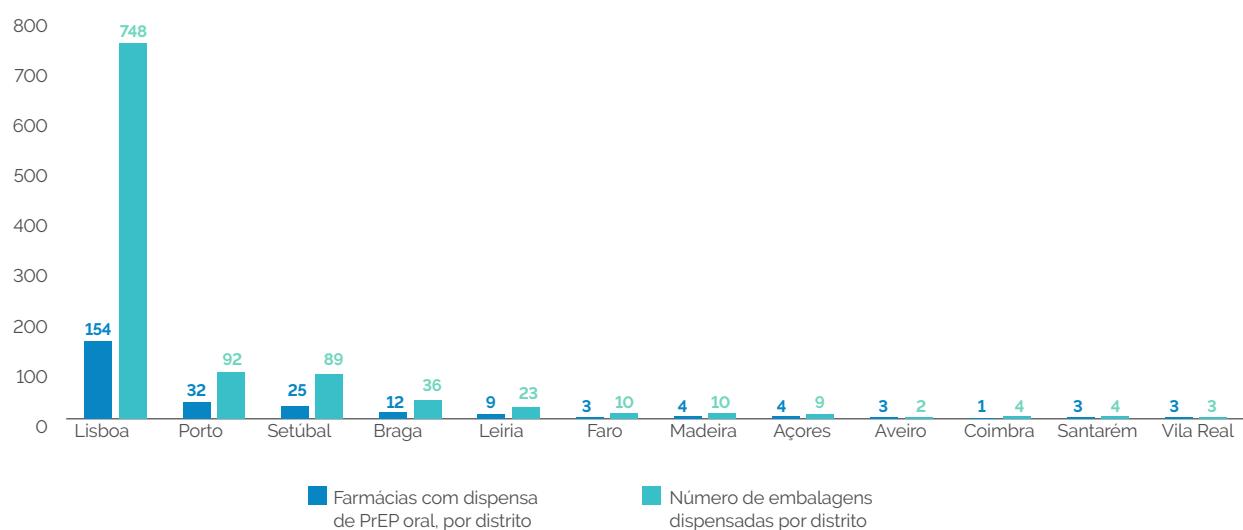
Fonte: PEM-SPMS

Figura 52. N.º de prescrições de PrEP efetuadas através da PEM, por Hospital/Centro Hospitalar.

As quantidades prescritas foram, maioritariamente, de 1 embalagem em ambos os contextos (Público: n=1 229; Privado: n=725), tendo verificado prescrições de 7 embalagens em 11 casos (Público=9; Privado=2).

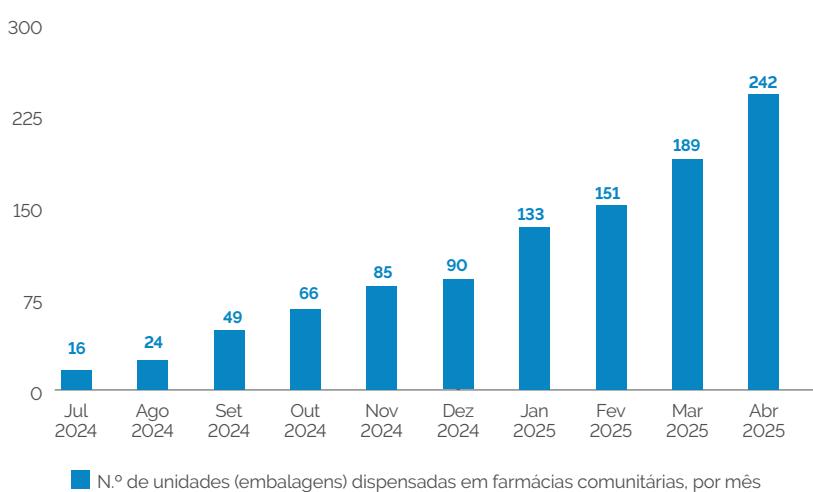
Das 2 275 prescrições, 1 478 foram dispensadas, no período de julho de 2024 a setembro de 2025.

De acordo com os dados da Associação Nacional de Farmácias, entre julho de 2024 a abril de 2025, foram dispensadas 1 038 embalagens de Emtricitabina/Tenofovir disoproxil, por 257 farmácias em 10 distritos de Portugal Continental e nas 2 Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (figura 53 e figura 54). Lisboa é o distrito com mais farmácias com dispensa de PrEP (n=154) e Coimbra, com apenas 1 farmácia a reportar dispensa. Consequentemente, o maior número de embalagens dispensadas registou-se no distrito de Lisboa (n=748), tendo Aveiro registado a dispensa de apenas 1 embalagem.



Fonte: SICMED-ANF

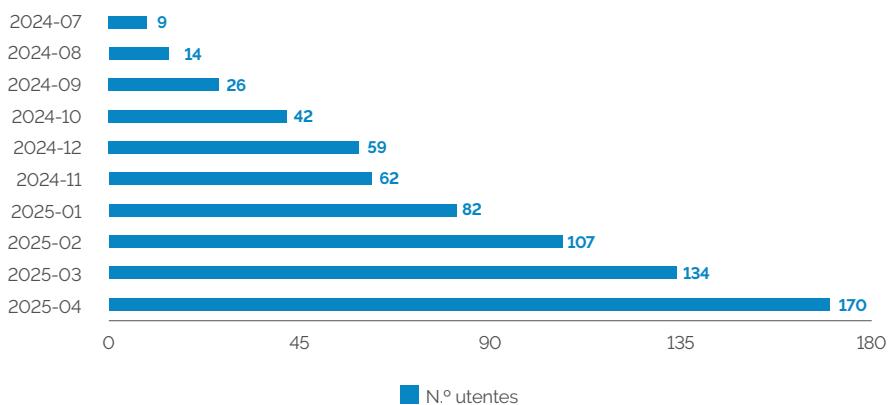
Figura 53. Número de farmácias com dispensa de PrEP e número de embalagens de PrEP dispensadas por distrito/ região (julho 2024-abril 2025).



Fonte: SICMED-ANF

Figura 54. PrEP: Número de unidades (embalagens) dispensadas, por mês (julho 2024 a abril 2025).

O crescimento do número de farmácias que dispensaram PrEP, assim como do número de embalagens de PrEP dispensadas, é notório, o que se traduz num aumento do número de pessoas que atualmente beneficiam desta modalidade de acesso à profilaxia da infeção por VIH (figura 55).



Fonte: PEM-SPMS

Figura 55. Número de utentes distintos com prescrição de PrEP através da PEM, por mês (julho 2024 - abril 2025).

Pese embora os dados refletem uma evolução favorável da aplicação da Portaria n.º 402/2023 de 4 de dezembro, a sua efetiva implementação passa pelo necessário alargamento do número de consultas nos CSP e nas organizações de base comunitária. Só deste modo, será possível aumentar o acesso, a cobertura e os contextos de prescrição da PrEP, com impacto na redução do número de novas infeções por VIH.

As recentes alterações efetuadas no formulário da notificação clínica de casos de infeção por VIH e SIDA do SINAVE, tornou possível a recolha de informação sobre a toma de PrEP, alguma vez nos 12 meses que antecederam o diagnóstico da infeção.

De 2020 a 2024, foram diagnosticados 43 casos de infeção por VIH (2020 – n=1; 2021 – n=1; 2022 – n=5; 2023 – n=16; 2024 – n=20), em homens, com idades entre os 20 e 50 ou mais anos (20 – 29 anos, n= 13; 30 – 39 anos, n=19; 40 – 49 anos, n=8; ≥ 50 anos, n=3), dos quais 41 HSH, 1 homem com transmissão heterossexual e 1 HSH com reporte de consumo de substâncias injetadas, que referiram toma de PrEP alguma vez nos 12 meses antes do diagnóstico. Não está disponível informação sobre o regime (diário ou intermitente) ou sobre o uso consistente ou não de PrEP.

Estes dados parecem ir de encontro a outros achados em estudos recentes sobre a seroconversão em pessoas em PrEP oral,^{23,24} que apontam para um número reduzido de casos de seroconversão, em pessoas com uso inconsistente ou interrupção da PrEP. Embora discretos, os dados parecem indicar para a necessidade da promoção da utilização correta desta estratégia de prevenção e apontam para a importância do reforço de iniciativas de sensibilização dirigidas às pessoas abrangidas pela PrEP, assim como um maior investimento dos profissionais de saúde na abordagem de um plano de prevenção de infeção por VIH e IST que contemple estratégias de educação para a saúde que disponibilize meios preventivos de transmissão sexual e percutânea e que reforce a importância da adesão ao esquema profilático.

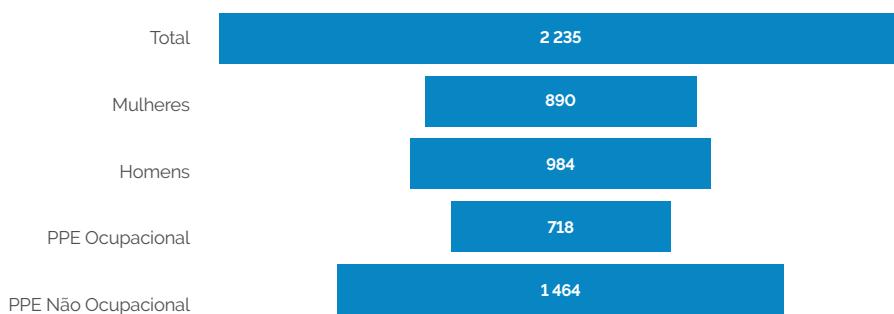
II.1.4. Profilaxia Pós-Exposição ao VIH

A PPE consiste numa estratégia de prevenção da infeção por VIH que se traduz na toma de terapêutica antirretroviral após uma situação de exposição de risco em contexto ocupacional (contexto profissional, nomeadamente de prestação de cuidados de saúde) ou não ocupacional (relações sexuais desprotegidas ou em situações de partilha de materiais cortantes ou perfurantes) nas primeiras 72 horas.

Está disponível em Portugal desde 2011, altura em que foram emanadas as primeiras recomendações nacionais. Desde então, é cada vez maior o número de pessoas que recorrem aos serviços de saúde com situações de exposição maioritariamente sexual, com possível risco para a aquisição da infeção por VIH, motivadas pelo maior acesso à informação disponível sobre esta medida de prevenção.

As ONG/OBC têm sido importantes veículos de disseminação desta informação, referenciando para os serviços de urgência hospitalar pessoas com critérios de elegibilidade para a PPE não ocupacional. Nos últimos anos têm sido referenciadas uma média de uma centena e meia de pessoas por ano, a partir das respostas e projetos promovidos por ONG/OBC.

Através de um conjunto de indicadores, recolhidos com base num questionário dirigido a 39 ULS e 2 hospitais das Regiões Autónomas, 8 responderam que não dispõem de consulta de VIH, 2 responderam que não disponibilizam PPE e 31 informaram que 2 235 pessoas receberam PPE em 2024. Foi possível obter informação sobre o tipo de exposição em 98% (2 182 dos casos, dos quais 67,2% foi em contexto de exposição ocupacional. A informação sobre o sexo estava disponível em 84% (1 874), maioritariamente do sexo masculino (53,59% - 984) (figura 56).



Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 56. Número de Pessoas que receberam PPE em 2024, por sexo e tipo de exposição.

II.2. Rastreio, Diagnóstico e Referenciação

O acesso ao teste e a redução da proporção de diagnósticos tardios da infecção por VIH, com vista ao cumprimento das metas 95-95-95 da ONUSIDA, mantém-se como prioridades para o PNISTVIH, justificando a aposta no investimento para a realização do rastreio do VIH nos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, assim como em estruturas não governamentais.

Em 2024, de acordo com os dados reportados ao PNISTVIH, realizaram-se em Portugal 67 880 testes de rastreio para a infecção por VIH em estruturas como os CAD (incluindo o Centro Integrado de Saúde Sexual do Porto - CISS), CSP, e ONG/OBC, com uma proporção de resultados reativos de 1,03% (696). Adicionalmente, foram prescritos e realizados 347 559 testes para diagnóstico/rastreio da infecção por VIH ao nível dos CSP primários e 277 786 testes nos hospitais.

II.2.1. Cuidados de Saúde Primários

Em 2024, verificou-se que os dados reportados ao PNISTVIH referentes aos testes rápidos de VIH realizados nas unidades de saúde dos CSP estão muito abaixo comparativamente aos dados reportados em anos anteriores, havendo assim, subnotificação. Apenas foram registados na Plataforma do Programa, dados de unidades de saúde das regiões do Norte (n=7), LVT (n=8) e Algarve (n=39), num total de 2 669 e uma proporção de resultados reativos de 0,2% (figura 57).

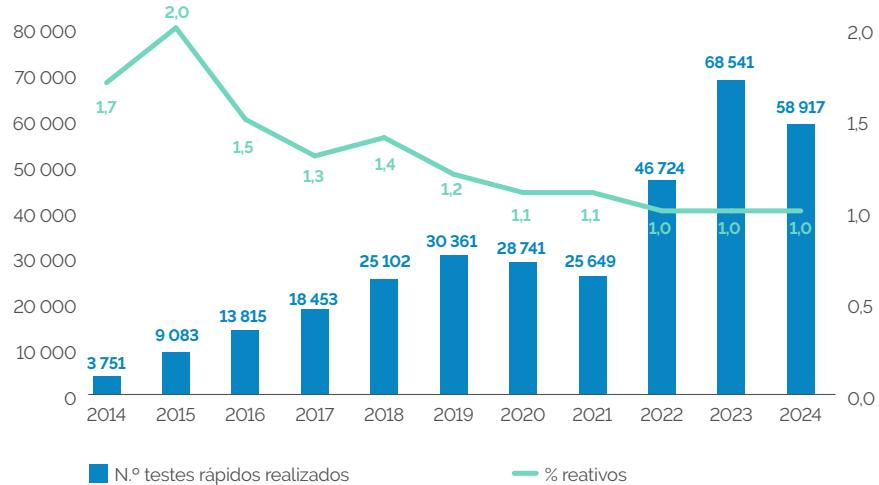


Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 57. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CSP (2014-2024).

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

Em 2024, as ONG/OBC foram responsáveis pela realização de 86,8% dos testes de rastreio para VIH reportados ao PNISTVIH, com uma taxa de reatividade de 1,0% (figura 58). Em 46% dos casos, os utentes realizaram o teste VIH pela primeira vez. Do total dos casos reativos, 93,7% foram referenciados para os cuidados de saúde hospitalares para confirmação do resultado e seguimento clínico.



Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 58. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos em ONG/OBC (2014-2024).

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

A **figura 59** evidencia a redução do reporte da atividade dos CAD, no que diz respeito ao número de testes rápidos realizados ao longo dos últimos anos. Em 2024, 3 CAD (Braga, Bragança e Faro) e o CISS do Porto (ex-CAD do Porto) reportaram um total de 6 294 testes com uma proporção de resultados reativos de 2,1%.

Os testes foram reportados, na sua grande maioria, pelo CISS Porto, num total de 5 094, dos quais 63,2% em homens, com uma proporção de resultados reativos de 2,18% (n=111). Destes, apenas 45% (n=50) eram resultados reativos de novo, sendo os restantes 61 resultados positivos de pessoas previamente diagnosticadas e que recorreram ao serviço como forma de se ligarem/religarem aos cuidados de saúde.



Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 59. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos nos CAD (2000-2024).

A diminuição da atividade dos CAD nos últimos anos é também fruto dos diversos processos de reestruturação dos serviços. A extinção das ARS poderá ter tido impacto significativo no normal funcionamento dessas estruturas, e que se traduz no número cada vez mais baixo de testes rápidos de VIH reportados.

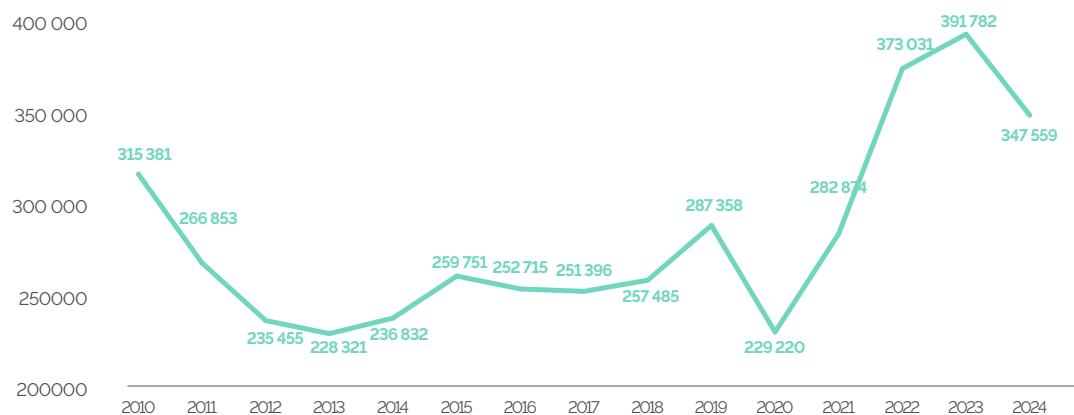
A reestruturação dos CAD deve ser equacionada à luz das recomendações internacionais, procurando uma abordagem integradora e abrangente, alargando a sua resposta ao rastreio de outras IST e à promoção do acesso a estratégias combinadas de prevenção, tratamento e adesão à terapêutica.

Em 2023, o CAD do Porto iniciou o processo de reconfiguração dos seus serviços, passando a designar-se Centro Integrado de Saúde Sexual, alargando o tipo de serviço prestado, com a inclusão de outros testes de rastreio, designadamente, Sífilis, Clamídia, Gonorreia, Hepatites B e Hepatite C.

O CISS disponibiliza aconselhamento em saúde sexual, educação em saúde, planeamento familiar, vacinação, rastreio oncológico, junto de populações chave, consulta de atendimento a jovens, incluindo aconselhamento psicológico, distribuição gratuita de material preventivo e informativo, rastreio das infecções Sífilis, VIH, Vírus da Hepatite B (VHB) e Vírus da Hepatite C (VHC), assim como testes rápidos e/ou exames complementares de diagnóstico de outras IST, colheita de material cérvico-vaginal para exames laboratoriais, tratamento das pessoas com IST e rastreio de parceiros/as sexuais e a promoção da adesão terapêutica.

II.2.4. Testes prescritos no SNS

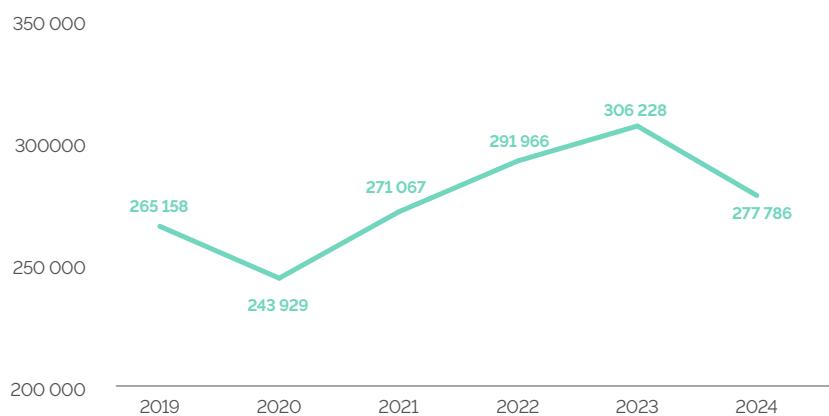
O número de testes VIH realizados com prescrição do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 2024, concretamente prescrições efetuadas pelos CSP, foi de 347 557, menos 11%, comparativamente a 2023 (n=391 782) (figura 60).



Fonte: SDM@ACSS

Figura 60. Número de testes VIH realizados, com prescrição nos CSP (2010-2024).

Ao nível dos hospitais, foram realizados 277 786 testes com prescrição, valor inferior em 9%, quando comparado com o número de testes realizados em 2023 (figura 61).



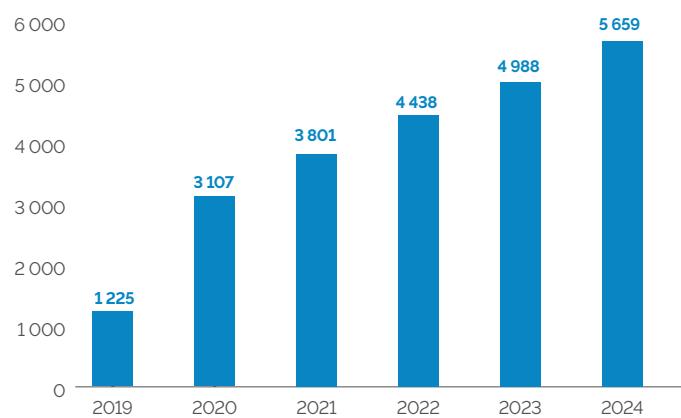
Fonte: SDM@ACSS

Figura 61. Número de testes VIH realizados, com prescrição nos Hospitais (2019-2024).

II.2.5. Autotestes VIH

O autoteste para o VIH é uma alternativa ao acesso ao conhecimento do estado serológico, especialmente dirigido a populações que recusam realizar o teste através das respostas implementadas na comunidade e nos serviços de saúde. Disponíveis em Portugal, desde 2019, através do Decreto-Lei n.º 79/2018, de 15 de outubro²⁵, de acordo com os dados disponibilizados pela ANF e pela AFP, observa-se um aumento anual na procura deste tipo de testes (figura 62).

Os autotestes de VIH estão disponíveis em todos os distritos de Portugal Continental e nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, em 2024, à semelhança de anos anteriores, é no distrito de Lisboa onde se verifica maior procura (46,51%), seguido do Porto (20,60%) e Setúbal (7,50%). Com menor percentagem de autotestes vendidos encontram-se os distritos de Évora e Beja (0,26%), Portalegre (0,22%) e Guarda (0,21%).

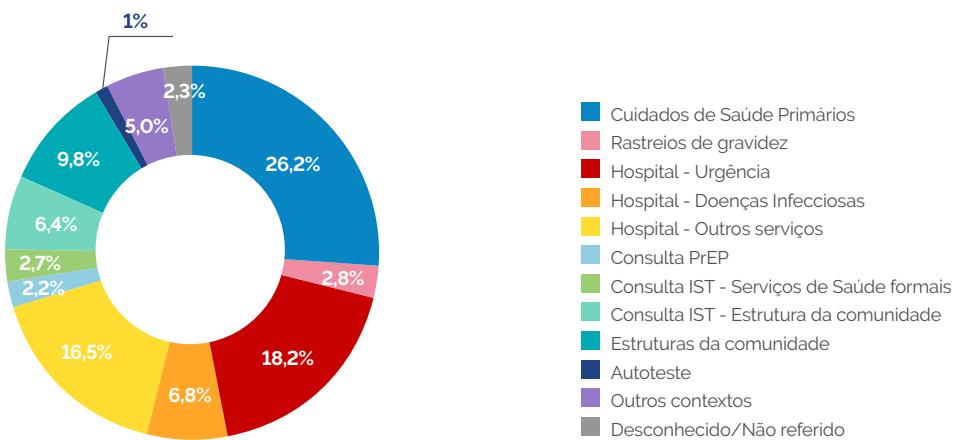


Fonte: ANF e AFP

Figura 62. Número de autotestes VIH dispensados nas farmácias (2019-2024).

II.2.6. Contextos dos novos diagnósticos e ligação aos cuidados de saúde

Através das notificações clínicas dos casos no SINAVER, foi possível recolher informação relativa ao contexto no qual foi realizado o teste para VIH com o primeiro resultado reativo. Esta informação estava disponível em 97,7% dos casos com diagnóstico em 2024, verificando-se que em 41,5% ocorreu em serviços hospitalares, em 26,2% foi pedido ou realizado no contexto dos CSP e em 9,8% aconteceu em estruturas da comunidade. Nas consultas específicas para IST, 2,7% foram em serviços de saúde formais e 6,4% dos casos em consultas disponibilizadas por estruturas da comunidade. O contexto de consultas de PrEP foi referido em 2,2% dos casos e o autoteste em 1,1% (figura 63).



Fonte: DGS-SINAVER

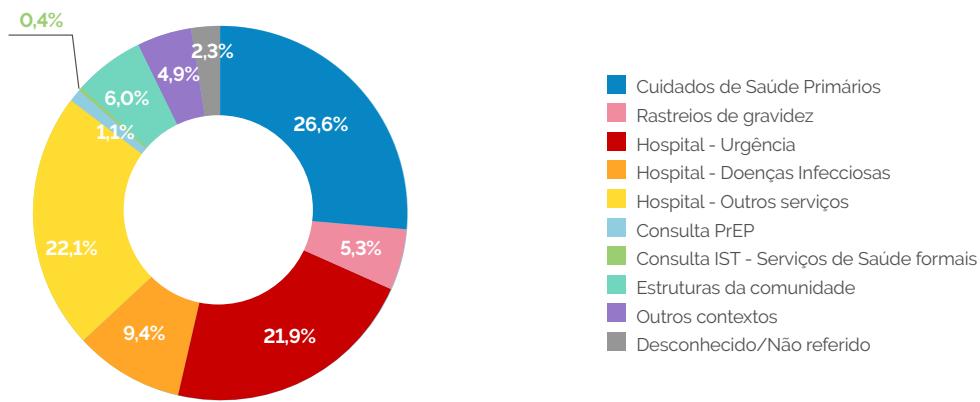
Figura 63. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo.

Quando se analisa essa variável, tendo em conta a forma de transmissão, verificam-se diferenças para os casos que referem transmissão heterossexual, comparativamente com os casos de transmissão entre HSH.

Para os novos casos de transmissão heterossexual, o contexto de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo é maioritariamente hospitalar (53,4%), com grande expressão na urgência hospitalar (21,9%). As consultas de IST em estruturais de saúde formais corresponderam a apenas 0,4% dos casos, as consultas de PrEP foram indicadas em 1,1% dos novos casos e as estruturas da comunidade em 6% dos novos casos de transmissão heterossexual (figura 64).

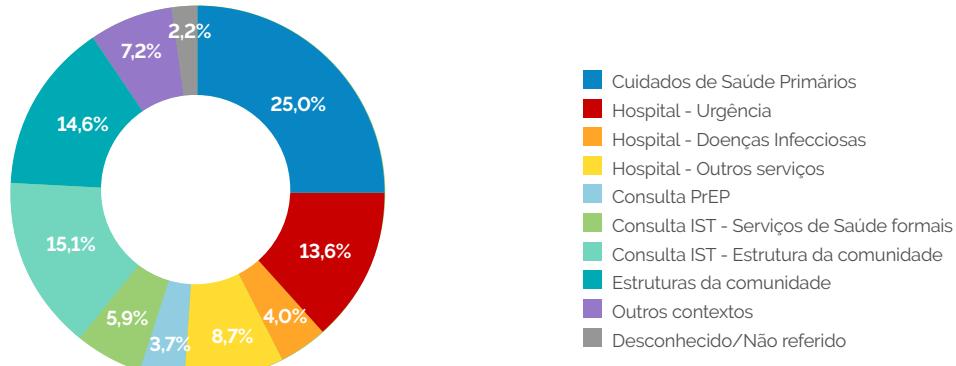
Para os novos casos em que a forma de transmissão foi HSH, o contexto hospitalar foi identificado em 26,3%, enquanto as consultas de IST corresponderam a 26,0% dos casos, dos quais, 5,9% em estruturas de saúde formais e 15,1% em consultas na comunidade.

As consultas de PrEP foram identificadas em 3,7% dos novos casos em HSH, como o local de realização do primeiro teste positivo e as estruturas comunitárias em 14,6% (figura 65).



Fonte: DGS-SINAVE

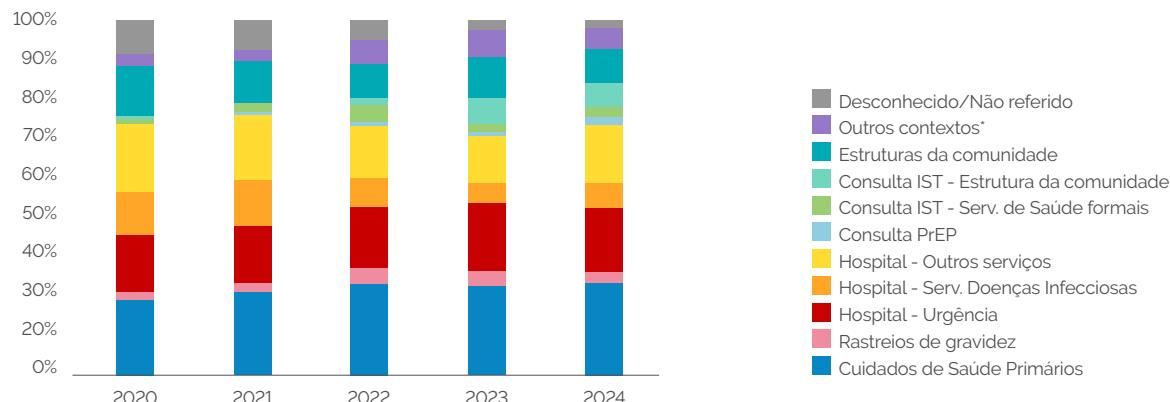
Figura 64. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo, nos casos de [transmissão heterossexual](#).



Fonte: DGS-SINAVE

Figura 65. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo, [por transmissão entre HSH](#).

A análise da informação recolhida nas notificações dos casos com diagnóstico entre 2020 e 2024, mostrou um aumento percentual dos casos detetados em consultas de IST e em consultas de PrEP, resultante do aumento do número de consultas de IST e de PrEP e de um maior acesso a ambas. A proporção de infecções detetadas em contexto hospitalar é elevada em todos os anos em análise, registando um aumento percentual no último ano. A percentagem de casos em que o primeiro teste positivo foi por solicitação dos cuidados de saúde primários e nos rastreios de gravidez regista tendência crescente, no período em análise (figura 66).



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

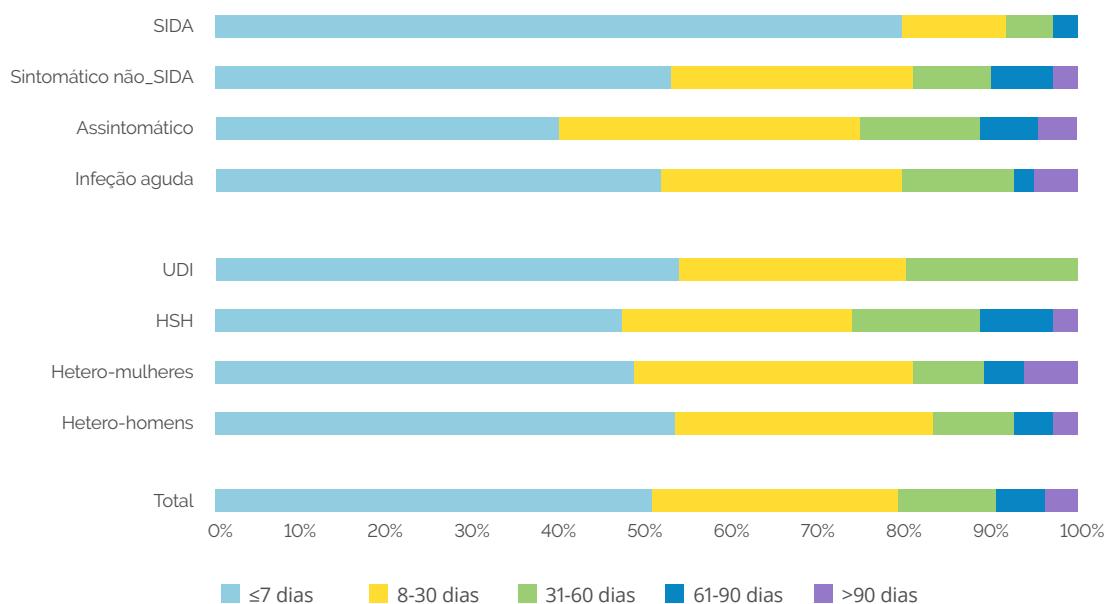
Fonte: DGS-SINAVE

Figura 66. Casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) 2020-2024: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo por ano de diagnóstico.

O tempo decorrido entre a data do primeiro resultado positivo para VIH e a data da primeira contagem de CD4 tem sido utilizado como indicador para avaliar a demora na ligação aos cuidados de saúde específicos, após o diagnóstico da infecção por VIH.

Apurou-se que 50,3% dos casos com diagnóstico em 2024 e com datas conhecidas para a contagem de CD4, foram integrados nos cuidados de saúde especializados até sete dias após o diagnóstico da infecção, 78,9% no período de um mês e 96,2% no intervalo de 90 dias ([figura 67](#)).

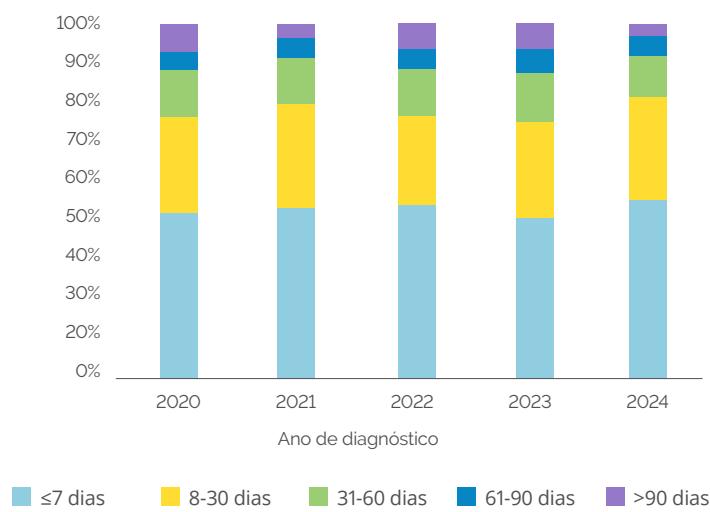
Os casos com maior percentagem de referências nos sete dias após o diagnóstico de infecção VIH foram aqueles em que este ocorreu em fases sintomáticas da infecção, como seja, diagnóstico concomitantemente de estádio SIDA (79,4%), estádio sintomático-não SIDA (52,8%) e nas infecções agudas (51,3%) ([figura 67](#)). Nestas situações, existe uma maior probabilidade de o diagnóstico ter ocorrido em ambiente hospitalar com acesso imediato à avaliação laboratorial e a terapêutica antirretrovírica.



Legenda: Hetero- heterossexual; HSH -homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: DGS-SINAVE

Figura 67. Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2024: distribuição (%) do intervalo entre a data primeiro teste VIH com resultado positivo e a data da primeira contagem de CD4.

A distribuição por ano de diagnóstico, para os anos 2020 a 2024, revelou que as proporções para cada intervalo temporal se têm mantido estáveis, revelando um ligeiro aumento na proporção de casos ligados aos cuidados de saúde nos primeiros 7 dias após o diagnóstico, em 2024. Em todos os anos, cerca de 80% dos casos diagnosticados são ligados aos cuidados de saúde no prazo de um mês (figura 68).



Fonte: DGS-SINAVE

Figura 68. Casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) 2020 - 2024: distribuição (%) do intervalo entre a data primeiro teste VIH com resultado positivo e a data da primeira contagem de CD4, por ano de diagnóstico.

II.3. Apoio à Sociedade Civil

O investimento em projetos e iniciativas promovidas por ONG e OBC reflete o esforço de Portugal na prossecução do compromisso de assegurar que pelo menos 30% dos serviços prestados no âmbito da infecção por VIH sejam liderados e prestados pela comunidade até 2030, definido na Declaração Política de 2021, Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting to End AIDS by 2030²⁶.

A Direção-Geral da Saúde apoiou financeiramente, 16 projetos de prevenção, rastreio, referenciação e ligação aos cuidados de saúde que abrangeram, através de 19 184 sessões de rastreio, 19 111 beneficiários, permitindo a realização de 18 911 testes rápidos de VIH, 12 154 testes de VHB, 15 685 testes de VHC e 18 495 testes de Sífilis, identificando-se proporções de resultados reativos de 1,3%, 2,2%, 0,7% e 1,8% respetivamente para o VIH, VHB, VHC e Sífilis.

Dos casos reativos identificados para VIH, VHB, VHC e Sífilis, foram referenciados para consulta hospitalar, respetivamente 93,7%, 82,6%, 75,9% e 64,5%, sendo que em 39,9%, 35,8%, 12,9% e 10,5% dos casos foi necessário acompanhar as pessoas às consultas. A percentagem de pessoas que fizeram o teste pela primeira vez na vida foi de 44,7% para VIH, 39,1% para VHB, 40,6% para VHC e 36,3% para Sífilis.

Comparativamente ao ano de 2023, verificou-se uma ligeira diminuição do número de sessões de rastreio realizadas (5,3%), tal como do número de pessoas abrangidas (2,6%). No entanto, registou-se um ligeiro aumento de 0,6%, 9,5%, 0,9% e 0,9% do número de testes realizados, respetivamente para o VIH, VHB, VHC e Sífilis.

Através destes projetos, foi ainda possível assegurar a referenciação de 602 pessoas para a consulta de PrEP e de 177 pessoas para PPE. De acordo com a informação disponível, contabilizaram 54 934 pessoas que beneficiaram de materiais informativos, e 28 077 pessoas receberam preservativos externos, num total de 850 472. Já os preservativos internos, num total de 19 629 beneficiaram 5 888 pessoas e o gel lubrificante, num total de 255 736, beneficiaram 14 886 pessoas. O Programa Troca de Seringas foi disponibilizado também através de 5 projetos totalizando 17 464 seringas distribuídas e outros materiais para consumo de drogas por via injetável.

Os beneficiários destes projetos, distribuem-se de forma semelhante entre os sexos (aproximadamente 48%), maioritariamente nas faixas etária dos 18 aos 24 anos (25%) e dos 35 aos 44 anos (25%), nascidos em Portugal (45%), seguida da população dos PALOP (17%) e do Brasil (17%), com o ensino secundário (50%) e em situação de emprego (48%). São, na sua maioria pertencentes a populações chave, como sejam migrantes (50%), HSH (cerca de 15%), TS e seus clientes (cerca de 9%). Foram ainda beneficiários dos testes, cerca de 30% de pessoas pertencentes à população em geral.

Por outro lado, investiu-se em 9 projetos de acompanhamento psicossocial, acolhimento temporário e residencial e apoio domiciliário a PVVIH, sem retaguarda familiar ou social e a pessoas com complicações decorrentes de infecções crónicas pelos vírus da hepatite B e C, com níveis elevados de dependência física e psicológica. Estas respostas promovem a melhoria e/ou a manutenção da qualidade de vida, a promoção da adesão aos cuidados e à terapêutica; a melhoria das condições sociais, a autovigilância, a aceitação e a adaptação à doença e evitam episódios de recorrência às urgências devido a infecções oportunistas assim como, reduzem o número e duração de períodos de internamento hospitalar. Têm-se revelado fundamentais nos processos de ligação e retenção nos cuidados de saúde, assim como na manutenção da carga viral suprimida das PVVIH e na cura das pessoas infetadas por VHC.

Através desses projetos foram apoiadas um total de 2 250 pessoas que vivem com VIH e familiares, distribuídas pelas três categorias de respostas do seguinte modo: 446 em Apoio Domiciliário, 16 em Apoio Residencial e

3 820 em Atendimento e Acompanhamento Psicossocial. Foram acompanhadas 82 grávidas seropositivas para o VIH, no âmbito da prevenção da transmissão vertical da infecção e 158 PVVIH que reportaram algum tipo de discriminação relacionada com a infecção por VIH.

O apoio disponibilizado através dos projetos de apoio social e extra-hospitalar traduziu-se igualmente na disponibilização de 1 673 consultas de enfermagem, 4 254 consultas médicas, 3 852 consultas de apoio psicológico, 834 consultas de apoio jurídico e 40 842 apoios alimentares a PVVIH. Foram distribuídos 283 411 preservativos externos e internos e 85 542 embalagens de gel lubrificante a PVVIH e familiares. Foram referenciadas 106 pessoas para consulta de PrEP e 858 PVVIH e familiares foram apoiados no acesso à vacinação.

Como indicadores de impacto, convém salientar que globalmente, a adesão à terapêutica e a carga viral suprimida dos utentes apoiados em serviço de apoio domiciliário e apoio residencial se situaram acima de 95%.

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

O investimento em projetos e iniciativas promovidas por organizações não-governamentais e organizações de base comunitária reflete o esforço de Portugal na prossecução do compromisso de assegurar que pelo menos 30% dos serviços prestados no âmbito da infecção por VIH sejam liderados e prestados pela comunidade até 2030, definido na Declaração Política de 2021, *Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting to End AIDS by 2030*²⁶.

II.4. Literacia e ações públicas

II.4.1. Semana Europeia do Teste

Nos dias 20 a 27 de maio e de 18 a 25 de novembro de 2024, decorreram as Semanas Europeias do Teste da Primavera e do Outono, respetivamente, com o objetivo de promover o diagnóstico precoce da infecção por VIH, das IST e das hepatites virais. Esta iniciativa é organizada pela EuroTEST desde 2013, em parceria com instituições comunitárias e de saúde da Região Europeia da OMS, duas vezes por ano, na primavera (maio) e no outono (novembro). A realização da Semana Europeia do Teste da Primavera e do Outono é uma iniciativa que recorda a importância de fazer o teste regularmente.

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

II.4.2. Dia Mundial do Preservativo

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

Em 2024, a Direção-Geral da Saúde, através do PNISTVIH e Programa Nacional para as Hepatites Virais, assinalou o Dia Internacional do Preservativo com uma campanha de incentivo ao uso consistente do preservativo, através da divulgação em redes sociais, sites e distribuição gratuita de preservativos à população (**figura 69**).

A comemoração do Dia Internacional do Preservativo é realizada em articulação com as 10 cidades signatárias da Declaração de Paris que se comprometeram a acelerar, até 2030, a sua resposta local à infeção por VIH e por vírus da hepatite, com vista a eliminar estas infeções enquanto problemas de saúde pública.

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



Figura 69. Imagem da campanha de promoção do uso de preservativo – Dia internacional do preservativo.

II.4.3. Dia Mundial da SIDA

No dia 1 de dezembro assinalou-se o Dia Mundial da SIDA, sob o tema as “Seguir o caminho dos direitos” ([figura 70](#)), com o objetivo de se alertar, uma vez mais, para a defesa dos Direitos Humanos, cuja proteção é essencial para se conseguir acabar com SIDA. Para cumprir esta mesta, enquanto ameaça de saúde pública, é fundamental que se alcance e se envolva todas as pessoas que vivem com a infecção e as que se encontram em situação de maior vulnerabilidade e que se garanta o financiamento adequado das intervenções de base comunitária. A igualdade de género é crucial para uma abordagem eficaz à SIDA, de forma a garantir o total cumprimento dos direitos humanos e fundamentais de todas as pessoas afetadas, pela infecção por VIH.

À semelhança de anos anteriores, a DGS e o PNISTVIH convidaram as cidades na via rápida para acabar com a epidemia de VIH, a assinalar o Dia Mundial da Sida através da iluminação de cor vermelha, de um ou mais edifícios das suas cidades. A ação decorreu em horário noturno, durante o período de 30 de novembro a 1 de dezembro, com a divulgação pela comunicação social, a nível local e nacional. Simbolicamente, cinco cidades iluminaram os seus edifícios de cor vermelha, juntamente com o Ministério da Saúde e a DGS, assinalando o compromisso de reforçar todos os esforços para a eliminação das desigualdades, com vista ao cumprimento das metas estabelecidas pela ONUSIDA.



[Figura 70.](#) Imagem do Dia Mundial da Sida 2024.

II.4.4. 40 anos da infecção por VIH em Portugal – 1983-2023

Em 2023 assinalaram-se 40 anos do primeiro caso de VIH em Portugal e 30 anos do Programa de Troca de Seringas. A Direção-Geral da Saúde, através do PNISTVIH, promoveu várias iniciativas ao longo do ano de 2024 ([figura 71](#)), que celebraram a resposta nacional à epidemia, incluindo uma landing page, um vídeo histórico e a série “40 Marcos, 40 Testemunhos”, com profissionais de saúde, ativistas e figuras públicas.

Destacou-se também a exposição “40 Anos, 40 Campanhas”, que ilustrou a evolução das mensagens, incluindo o estigma inicial e abordagens modernas, incentivando a prevenção e o teste regular. As comemorações culminaram com uma Cerimónia de Homenagem, no dia 10 de setembro de 2024, que reconheceu o contributo notável de indivíduos e instituições na resposta à infecção, e reafirmou o compromisso de Portugal com as metas da ONUSIDA e o fim da discriminação associada ao VIH.



Figura 71. Imagem Evento 40 Anos VIH (2024).

II.5. Participação Internacional

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

- Contribuição voluntária do Governo português para o orçamento da ONUSIDA para os anos de 2024 e 2025;
- Enquanto Estado Observador do Programme Coordinating Board – PCB, UNAIDS, nas reuniões:
 - » 54.ª reunião do PCB da ONUSIDA, nos dias 25 a 27 de junho de 2024 e correspondentes reuniões preparatórias ocorridas em 19 e 20 de junho;
 - » 55.ª reunião do PCB da ONUSIDA, nos dias 10 a 12 de dezembro de 2024 e correspondentes reuniões preparatórias ocorridas em 28 e 29 de novembro e 2 de dezembro;
- Processo de *Dublin Declaration Monitoring*, em articulação com o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA, Tuberculose e Hepatites Virais (FNSC), através de reuniões de trabalho realizadas nos meses de fevereiro e março de 2024.
- Articulação com a equipa da ONUSIDA responsável pelas estimativas globais da epidemia por VIH, UNAIDS *Estimates Team*, para disponibilização de dados nacionais, discussão de resultados obtidos nos exercícios de estimativas feitos por Portugal e pela ONUSIDA, no que respeita à prevalência e incidência da infeção, e validação dos resultados a disponibilizar pela ONUSIDA no site <https://aidsinfo.unaids.org/> (fevereiro a abril 2025);
- Articulação com o ECDC, através de um elemento do PNISTVIH que é *Operational Contact Point* para a rede de vigilância da infeção por VIH e membro do *HIV Disease Network Coordination Committee* (HIVDNCC), órgão consultivo do ECDC para temas urgentes e definição das agendas das reuniões anuais da rede europeia;

- » Participação em webinar do *World AIDS Day* com apresentação da comunicação *Updates from Portugal on HIV/AIDS: focus on surveillance and prevention in migrants and transgender people*, 28 novembro 2024
- » Participação em reunião do HIV DNCC, 25 de junho de 2025;
- » Participação na avaliação do *ECDC Mapping surveillance systems for HIV/AIDS in the EU/EEA*, junho de 2024;
- » Participação no estudo *Piloting the revised HIV late diagnosis definition*, coordenado pela iniciativa Euro-Test, outubro de 2024 e ainda a decorrer.

II.5.1. Participação de Portugal na ONUSIDA:

O PNISTVIH tem assegurado a participação ativa de Portugal nos trabalhos desenvolvidos no âmbito do Programme Coordinating Board (PCB) da ONUSIDA, em estreita articulação com a Missão Permanente de Portugal junto das Nações Unidas e outras Organizações Internacionais em Genebra.

Em janeiro de 2025, Portugal assumiu a presidência da Constituency que integra, juntamente com a Bélgica, Espanha e Luxemburgo, passando a representar este grupo, enquanto Estado-Membro do PCB, nas diversas reuniões realizadas ao longo do ano, nomeadamente:

- Consultas multilaterais sobre a Estratégia Global para a SIDA 2026–2031, nos dias 28 e 29 de abril e 22 e 23 de outubro de 2025;
- 56.ª reunião do PCB, nos dias 24 a 26 de junho de 2025, e correspondentes reuniões preparatórias, ocorridas em 10 e 13 de junho;
- Consultas Informais sobre a Resolução do ECOSOC sobre o Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA 2025, nos dias 9 a 14 de julho de 2025.
- Sessão Especial do PCB, no dia 8 de outubro de 2025 e correspondente reunião preparatória ocorrida a 2 de outubro.

No exercício desta presidência, Portugal desempenhou um papel ativo na coordenação dos trabalhos da *Constituency*, na elaboração e apresentação de intervenções, bem como na negociação de pontos de decisão e documentos formais em representação da mesma. Durante este mandato, Portugal defendeu de forma consistente a centralidade dos direitos humanos e a importância de uma abordagem multisectorial centrada nas comunidades, reconhecendo-a como elemento essencial na resposta global ao VIH. Foi igualmente reafirmada a prioridade da prevenção primária como pilar fundamental da resposta à epidemia, sublinhando que a sua redução comprometeria o sucesso a longo prazo das estratégias de controlo. Neste contexto, durante a 56.ª reunião do PCB, Portugal reiterou o seu compromisso com a ONUSIDA e anunciou a duplicação da sua contribuição voluntária para o ano de 2025.

II.5.2. Reestruturação do modelo operacional da ONUSIDA:

A participação de Portugal enquanto Estado-Membro do PCB decorre num momento de transformação profunda do Programa Conjunto, marcado por desafios financeiros e estruturais significativos. O modelo operacional da ONUSIDA encontra-se atualmente em processo de reestruturação, em resposta aos constrangimentos orçamentais acumulados nos últimos anos.

Na 53.ª reunião do PCB (ocorrida em dezembro de 2023), foi solicitado à Diretora-Executiva da ONUSIDA, e ao Comité de Organizações Copatrocinadoras (CCO) que conduzissem uma revisão do modelo operacional do Programa Conjunto, com o apoio de peritos externos e através de um processo consultivo abrangente.

Como resultado, foi criado um Painel de Alto Nível, que apresentou as seguintes recomendações, com base nas contribuições da Delegação das ONG do PCB, do Grupo de Amigos do ONUSIDA, das redes da sociedade civil, da liderança e das agências Copatrocinadoras e do Secretariado, entre outros, salientando-se

1. O Programa Conjunto deve continuar ao longo de 2030, à medida que o mundo procura alcançar os objetivos e enfrentar as crises agudas que a resposta à SIDA enfrenta;
2. O Programa Conjunto deve continuar a ser multissetorial e intensificar o seu foco na abordagem das principais lacunas e no aproveitamento das oportunidades de curto prazo para responder à evolução da pandemia da SIDA, incluindo o reconhecimento, o apoio e a transição de funções nas quais foram e continuam a ser desenvolvidas fortes capacidades pelos governos, organismos multilaterais, comunidades e outras instituições da sociedade civil;
3. Expandir o papel da sociedade civil no Programa Conjunto, mesmo com a redução da presença geral da organização;
4. Planejar uma transformação da ONUSIDA pós-2030, na qual a ONUSIDA não permanecerá com o seu modelo operacional atual.

Com base nestas recomendações, foi apresentado, na 56.^a reunião do PCB (ocorrida em junho de 2025), um modelo operacional revisto, que prevê duas fases de implementação:

- Fase um (atualmente em curso), que contempla: restruturação da participação dos países e organizacional;
- Fase dois (com implementação prevista para 2027), que prevê: monitorização e reporte dos objetivos globais relativos ao VIH; O modelo revisto visa otimizar os recursos disponíveis e apoiar os países na consecução da Estratégia Global para a SIDA 2026–2031 e da meta de eliminação da SIDA como ameaça à saúde pública até 2030, reforçando a prevenção, o impacto, a responsabilização e a sustentabilidade da resposta, em articulação com parceiros estratégicos como o PEPFAR, o Fundo Global, os governos e as comunidades.

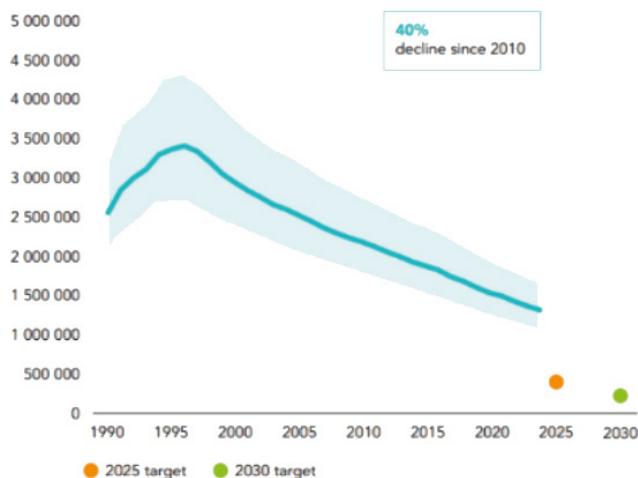
A revisão do modelo operacional reforça a prevenção do VIH, o impacto, a responsabilização e a sustentabilidade da resposta, em articulação com parceiros estratégicos como o PEPFAR, o Fundo Global, os governos e as comunidades.

A 57.^a reunião do PCB, agendada para os dias 16 a 18 de dezembro de 2025, será um momento crucial para a reavaliação do processo de reestruturação do Programa Conjunto e para garantir uma transição gradual, faseada, e coerente com o objetivo principal da Iniciativa UN80, salvaguardando os mecanismos de apoio à sociedade civil. Esta reunião marcará igualmente a apresentação da Estratégia Global para a SIDA 2026–2031.

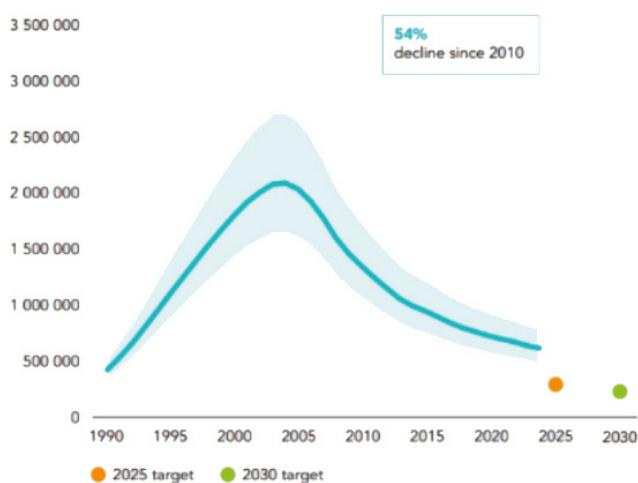
II.5.3. Estratégia Global para a SIDA 2026-2031

A nova Estratégia Global para a SIDA 2026-2031 está atualmente em fase de elaboração, adotando um formato mais simples, claro e centrado na liderança dos países, na força das comunidades e na sustentabilidade, refletindo os progressos alcançados na Estratégia 2021-2026.

Através da análise das tendências temporais, observa-se que, apesar dos avanços significativos na redução de novas infecções ([figura 72](#)) e mortes relacionadas com a SIDA ([figura 73](#)) desde o auge da pandemia na década de 1990, o mundo permanece distante das metas estabelecidas para 2030, exigindo uma resposta mais adaptada e centrada nas pessoas.



Fonte: ONUSIDA

Figura 72. Número de novas infeções por VIH, globais, 1990-2024, metas 2025 e 2030.

Fonte: ONUSIDA

Figura 73. Número de mortes relacionadas com a SIDA, globais, 1990-2024, metas 2025 e 2030.

Assim, a nova Estratégia assenta em três prioridades: construir uma resposta sustentável, garantir serviços centrados nas pessoas e capacitar as comunidades para liderar a prestação de serviços e de contas. Propõe-se como um novo compromisso global para eliminar a SIDA como ameaça à saúde pública até 2030, promovendo respostas nacionais inclusivas e multisectoriais, a redução das desigualdades e o fortalecimento da liderança comunitária em todos os níveis da resposta.



Capítulo III

Notas Finais

Este relatório descreve o contexto epidemiológico da infeção por VIH em Portugal em 2024, ano marcado pela reestruturação do SNS. Como qualquer sistema de vigilância, tem como principal limitação a subnotificação e o atraso no reporte dos dados, podendo limitar a análise dos mesmos.

No ano de 2024, verificou-se redução do número de casos VIH diagnosticados em Portugal, comparativamente ao total de 2023 e redução de 35% no número de novos casos de infeção por VIH e de 43% nos novos casos de SIDA, entre 2015 e 2024.

De acordo com os dados publicados, impõe-se atuação prioritária em dois eixos distintos: por um lado, o acesso a cuidados de saúde e a testagem ao VIH. O facto de termos ainda proporções elevadas de pessoas com apresentação tardia do VIH e atrasos significativos de diagnóstico nos grupos com maior incidência como homens que têm sexo com homens e indivíduos com idades igual ou superior a 50 anos, com transmissão heterossexual, impõe a necessidade de testagem ao VIH e evitar oportunidades perdidas de diagnóstico. Por outro lado, é crucial a apostila na prevenção e acesso a PrEP, medida custo eficaz documentada na prevenção VIH sendo um objetivo prioritário a sua restruturação e descentralização, por forma a garantir o acesso e cuidados de proximidade.

Relativamente às metas da ONU 95-95-95, e considerando os dados disponibilizados relativos a 2023, 94% das pessoas que vivem com VIH em Portugal estavam diagnosticadas. A partir de dados disponibilizados por um conjunto de hospitais, 97,8% das PVVIH encontravam-se em tratamento e, destas, 95,9% apresentavam carga viral < 200 cópias/mL. É assim premente a melhoria do diagnóstico, retenção nos cuidados de saúde e a garantia do cumprimento de tratamento.

Para o próximo triénio (2026-2028) serão desenvolvidos seis principais eixos:

- **Prevenção de transmissão VIH e ISTs**, com a promoção da literacia da população e o acesso à PrEP no âmbito da transformação do SNS e criação de novas ULS, torna-se crucial a integração de cuidados dos serviços já existentes, hospitalares e nos cuidados de saúde primários, com a criação de centros de resposta às IST, com vista à descentralização efetiva da PrEP, permitindo cuidados de saúde de proximidade e maior acesso à testagem ao VIH e outras ISTs.
- **Testagem, acesso a cuidados de saúde e tratamento**, com melhoria da resposta no acesso à primeira consulta hospitalar e acesso a tratamento. No âmbito da reestruturação dos centros de ISTs, será possível a intensificação da testagem e a garantia do acesso ao tratamento e seguimento adequado. Serão revistas as normas e orientações clínicas, particularmente no âmbito das IST, por forma a capacitar os serviços para o tratamento e a monitorização necessária.
- **Apoio à população vulnerável e migrante**, com particular foco nas populações com maior incidência de VIH e com barreiras no acesso aos cuidados de saúde, com suporte às organizações de base comunitária para o desenvolvimento de projetos específico.
- **Redução do estigma e garantia de direitos humanos fundamentais**, com garantia de acesso equitativo aos serviços.
- **Vigilância epidemiológica, monitorização e avaliação**. Para melhor conhecimento do contexto da infeção por VIH em Portugal, será fundamental a melhoria da notificação e monitorização sistemática por cada unidade de saúde. A subnotificação é particularmente acentuada noutras IST, havendo assim necessidade de melhoria dessa notificação. No âmbito da monitorização da cascata de tratamento é fundamental um sistema de monitorização automatizada, Manter-se-á a integração dos dados no reporte do ECDC e outras entidades europeias.

Referências

1. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde / Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2024. Lisboa: DGS/INSA; 2024.
2. Regulamento delegado (UE) 2023/674 da Comissão, de 26 de dezembro de 2022, que altera os anexos do Regulamento (CE) n.º 1059/2003 do Parlamento Europeu e do Conselho relativo à instituição de uma Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas (NUTS). JO L87 de 24/03/2023.
3. A Antinori, T Coenen, D Costagiola et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med.* 2011 Jan;12(1):61-4. doi: 10.1111/j.1468-1293.2010.00857.x.
4. Croxford S, Stengaard AR, Brännström J, et al. Late diagnosis of HIV: An updated consensus definition. *HIVMed.* 2022;17. doi:10.1111/hiv.13425.
5. Decisão de Execução (UE) 2018/945 da Comissão, de 22 de junho de 2018, relativa a doenças transmissíveis e problemas de saúde especiais conexos que devem ser abrangidos pela vigilância epidemiológica, bem como às definições de casos pertinentes. J.O. L 170/1 de 06/07/2018.
6. Despacho n.º 1150/2021 – Diário da República n.º 19/2021, Série II de 2021-01-28, da Direção-Geral da Saúde, que determina as doenças de notificação obrigatória a notificar na plataforma de apoio ao SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) ou no SI-Vida (Sistema de informação VIH/SIDA).
7. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS surveillance case definition. *AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report* 1993; No. 37: 23-28.
8. WHO Regional Office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe 2024 – 2023 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024.
9. UNAIDS. Fast-Track Cities: Ending The Aids Epidemic. Cities achieving the 90–90–90 targets by 2020. Paris: UNAIDS, December 2014.
10. ECDC HIV Modelling Tool [software application]. Version 1.3.0 Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2017. Acessível em: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-modelling-tool>
11. European Union Presidency. (2004). Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Adopted at the Ministerial Conference "Breaking the Barriers – Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia," Dublin, Ireland, 23–24 February 2004.
12. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2019. Lisboa: DGS/INSA; 2019.
13. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2020. Lisboa: DGS/INSA; 2020
14. Decreto-Lei n.º 102/2023 - Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07 da Presidência do Conselho de Ministros, que procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde.
15. Decreto-Lei n.º 54/2024 - Diário da República n.º 173/2024, Série I de 2024-09-06, da Presidência do Conselho de Ministros que extingue as Administrações Regionais de Saúde, I. P.
16. Despacho n.º 4835/2017 – Diário da República n.º 107/2017, Série II de 2017-06-02, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, que determina os procedimentos a adotar no âmbito do Programa Prioritário na área da Infeção VIH/SIDA e Tuberculose, da Direção-Geral da Saúde, com vista à promoção do acesso à Profilaxia Pré-Exposição da Infeção por VIH (PrEP).

REFERÊNCIAS

- 17.** Norma Clínica 025/2017 de 28 de novembro de 2017, da Direção-Geral da Saúde, que estabelece diretrizes para o uso da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) no combate ao VIH em adultos.
- 18.** Portaria n.º 402/2023 – Diário da República n.º 233/2023, Série I de 2023-12-04, que define os procedimentos a adotar com vista ao alargamento do acesso à Profilaxia Pré-Exposição ao VIH (PrEP) e estabelece um regime excepcional de comparticipação para os medicamentos destinados à PrEP.
- 19.** Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, Ministério da Saúde – Diário da República n.º 144/2015, Série I de 2015-07-27, páginas 5037-5043.
- 20.** Norma Clínica 01/2024 de 22 de março de 2024, da Direção-Geral da Saúde, que atualiza as orientações clínicas relacionadas com a administração da PrEP como medida preventiva contra a transmissão do vírus HIV.
- 21.** Circular Normativa Conjunta n.º 7/2025/ACSS/DGS/INFARMED/DE-SNS/INSA, publicado em Circular_Conjunta_7_2025_ACSS_DGS_INFARMED_DE-SNS_INSA.pdf.
- 22.** European Centre for Disease Prevention and Control. HIV Pre-Exposure Prophylaxis in the EU/EEA and the UK: implementation, standards and monitoring. Operational guidance. Stockholm: ECDC; 2021.
- 23.** Martin CE, Ramatsoma H, Chidumwa G, Cox LA, Mullick S. Characterizing HIV seroconversions among a cohort of oral PrEP users in South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2025 Feb;28(2): e26421. doi: 10.1002/jia2.26421. PMID: 39985280; PMCID: PMC11845853.
- 24.** Ambriosioni J, Petit E, Liegeon G, Laguno M, Miró J Primary HIV-1 infection in users of pre-exposure prophylaxis. *The Lancet HIV*, ISSN: 2352-3018, Vol: 8, Issue 3, Page e166 – e174, 2021.
- 25.** Decreto-Lei n.º 79/2018 - Diário da República n.º 198/2018, Série I de 2018-10-15, da Presidência do Conselho de Ministros, permite a dispensa direta ao público dos dispositivos de diagnósticos in vitro destinados ao autodiagnóstico da infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH).
- 26.** Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030, United Nations General Assembly A/75/L.95, 7 June 2021.



Anexos

ANEXO I - Métodos

Capítulo I

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

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

As notificações são efetuadas eletronicamente através plataforma informática de apoio ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e são recebidas no INSA anonimizadas. O registo dos casos na base de dados é efetuado após validação da informação veiculada, ao nível da completude, da coerência e do cumprimento dos critérios indicados nas definições de caso de infecção VIH e SIDA (Anexo II e Anexo III).

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

As taxas e os números apresentados não foram ajustados para o atraso da notificação. Assim, os números para o ano mais recente devem ser encarados como provisórios.

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

Capítulo II

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

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

ANEXOS

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

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

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

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

A monitorização da PrEP oral é realizada através da recolha de informação junto dos hospitais, em questionário eletrónico criado para o efeito, a partir do conjunto de indicadores core definidos pelo ECDC, em 2022. Já os dados sobre a prescrição da PrEP oral e a sua dispensa comparticipada através das farmácias comunitárias, foram extraídos da PEM, gentilmente cedidos pela SPMS.

A informação sobre a PPE tem sido recolhida junto dos hospitais, desde o ano passado, também com recurso a um questionário eletrónico.

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

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

Critérios clínicos (SIDA)

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

Adultos e adolescentes com idade igual ou superior a 15 anos

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

Crianças com idade inferior a 15 anos de idade

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

Critérios laboratoriais (VIH)

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

Pelo menos um dos três critérios:

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

Crianças com menos de 18 meses:

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

ANEXOS

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

Critérios epidemiológicos: Não aplicável.

Definição de caso:

Caso possível: Não aplicável.

Caso provável: Não aplicável.

Caso confirmado:

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

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

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

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

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



Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa | Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt



Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Avenida Padre Cruz
1649-016 Lisboa Portugal
Tel: +351 217519200
Fax: +351 217526400
E-mail: info@insa.min-saude.pt

www.insa.pt