Infeção por VIH em Portugal 2026

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

DGS
Direção-Geral da Saúde

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

FICHA TÉCNICA

Título
Infeção por VIH em Portugal – 2026

AUTORES
Direção-Geral da Saúde – Programa Nacional para as infeções sexualmente transmissíveis e infeção 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 – 2026. Lisboa: DGS/INSA; 2026

Contributos:

DGS

Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo VIH
Bárbara Flor de Lima, Joana Bettencourt, Rogério Ruas
Colaboração
Rita Figueiredo
Direção de Serviços de Informação e Análise
Pedro Pinto Leite, Ana Mendes, Luciana Duarte
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 referenciação, tratamento.

EDITORES:
Direção-Geral da Saúde e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Lisboa, novembro de 2026

ISBN (e-book): 978-989-9236-20-2

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

Infeção por VIH em Portugal

2026

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 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), ao Centro Integrado de Saúde Sexual do Porto 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.
- Aos Pontos Focais Regionais e aos Pontos Focais Locais do PNISTVIH pelo apoio no processo de recolha de dados.

Índice

Resumo 11

Abstract 13

Lista de siglas e abreviaturas 15

Capítulo I **Vigilância Epidemiológica** 17
I.1. Informação epidemiológica - 2025 19
I.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2025) 31
I.3. Pessoas que vivem com VIH em Portugal 50

Capítulo II **Resposta Nacional à Infeção por VIH** 53
II.1. Prevenção 55
II.2 Contextos dos novos diagnósticos e ligação aos cuidados de saúde (2020-2025) 65
II.3. Tratamento: *Continuum of care* nos hospitais nacionais 70

Notas finais 73

Referências 79

Quadros 81

Anexos 99

Índice de Quadros

Quadro 1. Novos casos de infeção por VIH com diagnóstico em 2025. 19
Quadro 2. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico. 20
Quadro 3. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão. 20
Quadro 4. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico. 21
Quadro 5. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por origem geográfica e sexo. 22
Quadro 6. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por modo de transmissão e sexo. 24
Quadro 7. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por estádio inicial e sexo. 25
Quadro 8. Novos casos de SIDA diagnosticados em 2025. 27
Quadro 9. Novos casos de SIDA (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico. 27
Quadro 10. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2025: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão. 28
Quadro 11. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico. 28
Quadro 12. Novos casos de SIDA (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por origem geográfica e sexo. 28
Quadro 13. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por modo de transmissão e sexo. 29
Quadro 14. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2025: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, por sexo e modo de transmissão. 29
Quadro 15. Óbitos ocorridos em 2025: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão. 30
Quadro 16. Óbitos ocorridos em 2025: distribuição por modo de transmissão e sexo. 30
Quadro 17. Óbitos ocorridos em 2025: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção por VIH e a morte, por sexo e modo de transmissão. 31
Quadro 18. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por ano de diagnóstico e sexo. 82
Quadro 19. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico. 83
Quadro 20. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por residência (NUTS II e III) à data da notificação. 84
Quadro 21. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição e taxa de novos casos por 105 habitantes por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico. 85
Quadro 22. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2021-2025) nos municípios com taxas superiores à taxa nacional. 86
Quadro 23. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico. 87
Quadro 24. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico. 88
Quadro 25. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por estádio clínico inicial e ano de diagnóstico. 88
Quadro 26. Casos de infeção por VIH em crianças (1983-2025): distribuição por sexo, idade ao diagnóstico, país de nascimento e modo de transmissão, segundo o ano de diagnóstico. 89
Quadro 27. Crianças nascidas de mães que vivem com VIH (2016-2025): distribuição segundo o ano de nascimento, tipo de vírus da infeção materna, número de crianças infetadas e taxa de transmissão. 45
Quadro 28. Casos de SIDA (1983-2025): distribuição por sexo e ano de diagnóstico do estádio. 90
Quadro 29. Casos de SIDA (1983-2025): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estádio. 91

Quadro 30. Casos de SIDA (1983-2025): distribuição e taxa de incidência, por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estádio. 92
Quadro 31. Casos de SIDA (1983-2025): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estádio. 93
Quadro 32. Óbitos notificados em casos de infeção por VIH e SIDA (1983-2025): distribuição por ano da morte. 94
Quadro 33. Óbitos notificados em casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por sexo e modo de transmissão, segundo o ano do óbito. 95
Quadro 34. Resultados das estimativas nacionais para o ano 2024: total e por modo de transmissão. 51
Quadro 35. Distribuição de preservativos externos e internos e de gel lubrificante (2020-2025). 95
Quadro 36. Distribuição de seringas do Programa Troca de Seringas (1993-2025). 96

Índice de Gráficos

Figura 1. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) segundo o grupo etário para os modos de transmissão mais frequentes. 21
Figura 2. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) da origem geográfica dos indivíduos por modo de transmissão. 23
Figura 3. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do país/região de provável aquisição da infeção, segundo a origem geográfica. 23
Figura 4. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do modo de transmissão por sexo. 24
Figura 5. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do estádio clínico por modo de transmissão. 25
Figura 6. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025 - distribuição (%) dos casos com diagnósticos tardios de acordo com o sexo, idade, residência, origem e modo de transmissão. 26
Figura 7. Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2025): distribuição por ano de diagnóstico da infeção ou de estádio SIDA, ou ano de morte. 32
Figura 8. Casos de infeção por VIH (2016-2025): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia. 33
Figura 9. Casos de infeção por VIH (2016-2025): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo. 34
Figura 10. Casos de infeção por VIH (2016-2025): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para o total de casos e para as principais formas de transmissão. 35
Figura 11. Casos de infeção por VIH (2016-2025): distribuição (%) (**A**) e taxa de novos casos (**B**) por grupo etário e ano de diagnóstico. 36
Figura 12. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2021-2025) por região NUTS III de residência. 37
Figura 13. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2021-2025) por concelho de residência. 38
Figura 14. Casos de infeção por VIH (2016-2025): distribuição (n) (**A**) e (%) (**B**) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico. 40
Figura 15. Casos de infeção por VIH, distribuição segundo a forma de transmissão e ano de diagnóstico: período 1983 a 2025 (**A**); período de 2016 a 2025 (**B**). 41
Figura 16. Casos de infeção por VIH (2016-2025): evolução nas proporções de casos com diagnóstico tardio e doença avançada ao diagnóstico. 43
Figura 17. Casos de infeção por VIH (2016-2025): tendências temporais das medianas dos valores das contagens de células TCD_{4+} à data de diagnóstico, para o total de casos e para as principais formas de transmissão. 44
Figura 18. Casos de SIDA (2016-2025): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estádio, Portugal e União Europeia. 46
Figura 19. Casos de SIDA (2016-2025): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estádio e sexo. 47
Figura 20. Casos de SIDA (2016-2025): distribuição de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico do estádio. 48
Figura 21. Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2016-2025): tendências temporais na frequência de diagnóstico. 49
Figura 22. Óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH notificados (2016-2025): distribuição (%) do tempo entre o diagnóstico e a morte, por ano de morte. 50
Figura 23. Número de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar (2018-2025). 57
Figura 24. Proporção de pessoas que receberam PrEPem contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2025,por sexo. 57
Figura 25. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2025, por grupo etário. 57
Figura 26. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2025, por populações chave, 58

Figura 27. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2025, por regime de toma. 59
Figura 28. Número de farmácias com dispensa de PrEP e número de embalagens de PrEP dispensadas por distrito/região (julho 2024-dezembro 2025). 60
Figura 29. PrEP: Número de unidades (embalagens) dispensadas, por mês (julho 2024 a dezembro 2025). 60
Figura 30. Número de pessoas que receberam PPE em 2025, por sexo e tipo de exposição. 62
Figura 31. N.º de pessoas que receberam PPE, por sexo e tipo de exposição (2023 – 2025). 63
Figura 32. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos (2015-2025). 64
Figura 33. Número de autotestes VIH dispensados nas farmácias (2019-2025). 65
Figura 34. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo. 66
Figura 35. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo, nos casos de transmissão heterossexual e entre GBHSH. 66
Figura 36. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo, em pessoas migrantes e não migrantes. 67
Figura 37. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo. 68
Figura 38. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do intervalo entre a data do primeiro teste VIH com resultado positivo e a data da primeira contagem de CD_4. 68
Figura 39. Casos de infeção por VIH (≥15 anos), 2020-2025: distribuição (%) do intervalo entre a data do primeiro teste VIH com resultado positivo e a data da primeira contagem de CD4, por ano de diagnóstico. 70
Figura 40. *Continuum* of care das PVVIH em 2025, dados de 23 unidades de saúde nacionais. 71
Figura 41. Imagem da campanha de promoção do uso de preservativo - Dia internacional do Preservativo. 101
Figura 42. Imagem do Dia Mundial da SIDA 2025. 102

Resumo

Este relatório apresenta os dados mais recentes da vigilância epidemiológica da infeção por VIH em Portugal, bem como os resultantes de iniciativas de prevenção, rastreio, ligação aos cuidados de saúde e tratamento, desenvolvidas no âmbito do PNISTVIH.

Em Portugal foram notificados 961 casos em que o diagnóstico de infeção por VIH ocorreu em 2025, dos quais, 916 diagnósticos ocorreram no país (8,0 casos/10^5 habitantes), valor não ajustado para o atraso da notificação. Os casos com diagnóstico em Portugal ocorreram maioritariamente em homens (2,4 casos por cada caso em mulheres). A taxa de novos diagnósticos mais elevada registou-se no grupo etário 25-29 anos, 20,7 casos/10^5 habitantes, com maior expressão nos homens (29,3 casos/10^5 habitantes). A região da Grande Lisboa foi local de residência em 36,9% dos novos casos (14,0 casos/10^5 habitantes) e a Península de Setúbal apresentou a segunda taxa mais elevada de diagnósticos (9,0 casos/10^5 habitantes). A maioria dos novos diagnósticos (59,3%) ocorreu em indivíduos nascidos no estrangeiro, contudo, Portugal foi indicado como o país de provável contágio em 71,5% dos casos com essa informação disponível e em 81,1% dos casos em pessoas provenientes da América Latina. A transmissão por via sexual foi referida em 97,9% dos casos com diagnóstico em e com informação sobre modo de transmissão, predominando nestes a transmissão heterossexual (57,9%), mas 56,2% dos novos diagnósticos em homens ocorreram em gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens(GBHSH). Embora na primeira avaliação clínica tenham predominado os casos assintomáticos (59,8%), a apresentação aos cuidados de saúde foi tardia em 52,5% dos casos, particularmente nas pessoas com 50 ou mais anos (74,5%) e nos homens com transmissão heterossexual (63,6%). Durante o ano 2025 foram também diagnosticados em Portugal 175 novos casos de SIDA (1,5 casos/10^5 habitantes), nos quais a pneumocistose foi a doença definidora de SIDA mais frequente. Em 52,7% dos 112 óbitos ocorridos em 2025 e notificados, o diagnóstico da infeção por VIH tinha ocorrido há mais de 15 anos.

As estimativas realizadas para o ano de 2024 revelaram que, nesse ano, viviam em Portugal 51 386 pessoas com infeção por VIH, 95,0% das quais estavam diagnosticadas, o que indica que Portugal atingiu o primeiro objetivo da ONUSIDA.

O número de novos casos de infeção por VIH e as elevadas proporções de diagnósticos tardios, com particular expressão entre os homens heterossexuais, pessoas com 50 ou mais anos e pessoas nascidas noutros países, 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 GBHSH jovens e os migrantes, independentemente do sexo, devem também ser alvo de ações com especial foco na prevenção e no rastreio.

Em contexto hospitalar, 8 834 pessoas receberam PrEP pelo menos uma vez durante o ano, representando um aumento de 15% relativamente a 2024. A maioria dos utilizadores eram homens, com idades entre os 20 e os 39 anos, predominantemente gays, bissexuais e homens que têm sexo com homens. Paralelamente, a implementação do regime excecional de comparticipação da PrEP oral permitiu a dispensa de 5 943 embalagens em farmácias comunitárias entre julho de 2024 e dezembro de 2025, contribuindo para o alargamento do acesso e para a redução de desigualdades territoriais. Persistem, contudo, desafios relacionados com a equidade no acesso, a monitorização da atividade e a resposta às necessidades emergentes associadas ao Chemsex.

A Profilaxia Pós-Exposição (PPE) foi disponibilizada a 2 749 pessoas em 2025, verificando-se uma tendência crescente de utilização entre 2023 e 2025. Os episódios de exposição não ocupacional representaram a maioria das situações reportadas e os homens constituíram a maioria dos utilizadores. Apesar da disponibilização da PPE nos serviços de urgência hospitalar, permanecem desafios relacionados com a literacia da população, a

acessibilidade geográfica e a qualidade dos sistemas de informação utilizados para monitorização da atividade.

No domínio do rastreio e diagnóstico, foram realizados 748 520 testes VIH prescritos nos cuidados de saúde primários e hospitais, aos quais se somaram 72 586 testes rápidos efetuados em estruturas de proximidade. A proporção de resultados reativos em testes rápidos aumentou para 1,7%. Foram ainda dispensados 3 704 auto-testes VIH, observando-se uma redução face a 2024, pela primeira vez desde a implementação desta medida.

Foi possível obter dados completos do *continuum of care* de 23 hospitais nacionais e constatou-se que, em 17 dessas unidades de saúde, 95% ou mais das pessoas que vivem com VIH (PVVIH) estavam em tratamento e 95% ou mais tinham atingido a supressão virológica. A informação obtida, relativa a 42 257 PVVIH que tiveram consulta em 2025, revelou que 98% estavam sob terapêutica antirretrovírica e destes, 96% tinham virémia suprimida. Os dados disponíveis apontam para que Portugal tenha alcançado as metas 95-95-95 definidas pela ONUSIDA, representando um marco significativo na resposta nacional à infeção por VIH.

Abstract

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

A total of 961 new HIV cases diagnosed in 2025 had been reported in Portugal. Of these, 916 diagnoses occurred within the country (8.0 cases/10^5 inhabitants), not adjusted for reporting delay. Most of the cases occurred within men (2,4 cases for every case in women). The highest diagnosis rate was observed in the 25–29 years age group, 20.7 cases/10^5 inhabitants, with a higher expression among men (29.3 cases/10^5 inhabitants). The Lisbon Area accounted for 36.9% of cases (14.0 cases/10^5 inhabitants), followed by the Setúbal Peninsula, which has the second highest rate of diagnosis (9.0 cases/10^5 inhabitants). Most of these new cases (59.3%) occurred among individuals born abroad. However, Portugal was indicated as the probable country of infection in 71.5% of cases with information available, and in 81.1% of cases among people from Latin America. Sexual transmission was reported in 97.9% of the cases, predominantly through heterosexual contact (57.9%), although GBMSM account for 56.2% of new male diagnoses. Asymptomatic cases predominated at the first clinical evaluation (59.8%) but 52,5% were late presenters, particularly individuals aged 50 or older (74.5%), men with heterosexual transmission (63.6%). In 2025, 175 new AIDS cases were diagnosed in Portugal (1,5 cases/10^5 inhabitants) and Pneumocystis pneumonia was the most frequent AIDS-defining disease. A total of 112 deaths were reported in 2025, 52.7% of which occurred more than 15 years after the initial HIV diagnosis.

Estimates for 2024 indicated that 51,386 people were living with HIV in Portugal, of whom 95.0% had been diagnosed, suggesting that Portugal achieved the first UNAIDS target.

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

In hospital settings, 8,834 individuals received pre-exposure prophylaxis (PrEP) at least once during the year, representing a 15% increase compared with 2024. Most users were men aged 20 to 39 years, predominantly gay, bisexual and other men who have sex with men (GBMSM). In parallel, the implementation of the exceptional reimbursement scheme for oral PrEP enabled the dispensing of 5,943 packs through community pharmacies between July 2024 and December 2025, contributing to expanded access and reducing territorial inequalities. Nevertheless, challenges remain regarding equitable access, activity monitoring, and the response to emerging needs associated with chemsex.

Post-exposure prophylaxis (PEP) was provided to 2,749 individuals in 2025, with an increasing trend in uptake observed between 2023 and 2025. Non-occupational exposures accounted for most reported exposure episodes, and men represented the majority of the users. Despite the availability of PEP in hospital emergency departments, challenges persist in relation to public awareness and health literacy, geographical accessibility, and the quality of information systems used to monitor programme activity.

In the field of screening and diagnosis, 748,520 HIV tests prescribed in primary healthcare and hospital settings were performed, in addition to 72,586 rapid tests carried out through community-based outreach services. The proportion of reactive results among rapid tests increased to 1.7%. A further 3,704 HIV self-tests were dispensed, representing a reduction compared with 2024, marking the first decline since the implementation of this measure.

ABSTRACT

Complete *continuum of care* data was obtained from 23 Portuguese hospitals. In 17 of these healthcare units, 95% or more of people living with HIV (PLHIV) were receiving antiretroviral treatment, and 95% or more had achieved viral suppression. Of the 42,257 people living with HIV (PLHIV) from whom data were available and had a medical appointment in 2025, 98% were on antiretroviral therapy; of these, 96% had suppressed viremia. Available data suggests that Portugal has achieved the UNAIDS 95-95-95 targets, marking a significant milestone in the national response to HIV infection.

Lista de siglas e abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AFP	Associação de Farmácias de Portugal
AIDS	*Acquired Immunodeficiency Syndrome*
A.M.	Área metropolitana
ANF	Associação Nacional das Farmácias
CAD	Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH
COVID-19	Doença por coronavírus, 2019
CISS	Centro Integrado de Saúde Sexual
CSP	Cuidados de saúde primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECDC	*European Centre for Disease Prevention and Control*
ERRMD	Equipas de redução de riscos e minimização de danos
FNSC	Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA , Tuberculose e Hepatites Virais
GBHSH	Gays, bissexuais e outros homens que têm sexo com homens
ICAD	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
IST	Infeções sexualmente transmissíveis
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OBC	Organizações de base comunitária
ODS	Objetivos de desenvolvimento sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações não-governamentais
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA
PALOP	Países africanos de língua oficial portuguesa
PEM	Prescrição Eletrónica Médica
PCB	*Programme Coordinating Board (UNAIDS)*
PNISTVIH	Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana
PrEP	Profilaxia pré-exposição
PPE	Profilaxia pós-exposição
PTS	Programa Troca de Seringas
PVVIH	Pessoas que vivem com VIH
R.A.	Região Autónoma
R.R.	*rate ratio*/ razão de taxas
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SI.VIDA	Sistema de informação para a infeção VIH e SIDA
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
TS	Trabalhadoras/es do sexo
UDI	Utilizadores de drogas injetadas
UE/EEE	União Europeia / Espaço Económico Europeu
ULS	Unidade local de saúde
UNAIDS	*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*
VHB	Vírus da hepatite B
VHC	Vírus da hepatite C
VIH	Vírus da imunodeficiência humana
VIH 1	Vírus da imunodeficiência humana do tipo 1
VIH 2	Vírus da imunodeficiência humana do tipo 2

Capítulo I
Vigilância Epidemiológica

I.1. Informação epidemiológica - 2025

I.1.1. Novos casos de infeção por VIH

Até 30 de junho de 2026, foram notificados 961 novos casos de infeção por VIH com diagnóstico realizado entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2025. Em 916 destes o diagnóstico ocorreu em Portugal. Todos os casos foram registados em indivíduos com idade superior ou igual a 15 anos (Quadro 1). A taxa de novos casos de infeção por VIH notificados com diagnóstico em 2025 foi de 8,4 casos por 10^5 habitantes e a taxa apurada para os novos diagnósticos ocorridos em Portugal foi de 8,0 casos por 10^5 habitantes. Estas taxas não foram ajustadas para o atraso de notificação.

Quadro 1. Novos casos de infeção por VIH com diagnóstico em 2025.

	Total			Diagnóstico em Portugal		
	Nº casos	**%**	**Casos/10^5 habitantes**	**Nº casos**	**%**	**Casos/10^5 habitantes**
Adolescentes e adultos (≥15 anos)	961	100,0	9,6	916	100,0	9,1
Crianças (<15 anos)	0	0,0	-	0	0,0	-
Total	961	100,0	8,4	916	100,0	8,0

Fonte: DGS-SINAVE

O formulário da notificação clínica de infeção por VIH e SIDA, da plataforma informática de apoio ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), possibilita atualmente a identificação clara dos casos em que o diagnóstico da infeção ou da condição clínica ocorreu em Portugal, que traduzem a verdadeira incidência de novos diagnósticos no país. Uma vez que importa especificamente conhecer as características dos casos diagnosticados no país para informar as intervenções de saúde pública, de seguida são descritas apenas as características desses casos.

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

Os 916 casos com diagnóstico durante o ano 2025 em adolescentes e adultos, ocorreram maioritariamente em homens (70,7%), os casos em mulheres representaram 29,1% do total, o que corresponde a uma razão homem/mulher (H/M) de 2,4. Registou-se um diagnóstico em pessoa transgénero.

A idade à data de diagnóstico situou-se entre os 30 e os 49 anos em 50,7% dos novos casos, enquanto em 27,2% dos casos encontrou-se entre os 15 e os 29 anos e em 22,2% dos casos era igual ou superior a 50 anos. A taxa mais elevada de novos diagnósticos, 20,7 casos/10^5 habitantes, registou-se no grupo etário dos 25-29 anos (Quadro 2). A estratificação por sexo revelou que nos homens foi também neste grupo etário que se observou a taxa de novos diagnósticos mais elevada (29,3 casos/10^5 homens) e que nas mulheres esta registou-se no grupo etário 30-39 anos (10,9 casos/10^5 mulheres).

Quadro 2. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.

	Homens			Mulheres			Total		
Grupo etário	**n**	**%**	**Casos/10^5 habitantes**	**n**	**%**	**Casos/10^5 habitantes**	**N**	**%**	**Casos/10^5 habitantes**
15-19 anos	13	2,0	4,6	8	3,0	3,0	21	2,3	3,8
20-24 anos	64	9,9	19,8	14	5,2	4,7	78	8,5	12,5
25-29 anos	114	17,6	29,3	36	13,5	10,7	150	16,4	20,7
30-39 anos	192	29,6	24,4	75	28,1	10,9	268	29,3	18,2
40-49 anos	132	20,4	16,2	64	24,0	7,8	196	21,4	12,0
50-59 anos	64	9,9	8,4	39	14,6	4,7	103	11,2	6,4
≥ 60 anos	69	10,6	4,6	31	11,6	1,6	100	10,9	2,9
Total	648	100,0	11,6	267	100,0	4,6	916	100,0	8,0

Fonte: DGS-SINAVE

Nota: foi diagnosticado 1 caso em pessoa 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): 29,0-48,0] (Quadro 3). Verificou-se que a idade mediana dos casos em homens é inferior à dos casos em mulheres (36,0 anos vs 40,0 anos). Os casos correspondentes a gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens (GBHSH) apresentaram uma mediana de idades de 30,0 anos que, à semelhança do observado para os anos transatos[1], é 13 anos inferior à observada nos casos de homens que referem transmissão heterossexual (43,0 anos).

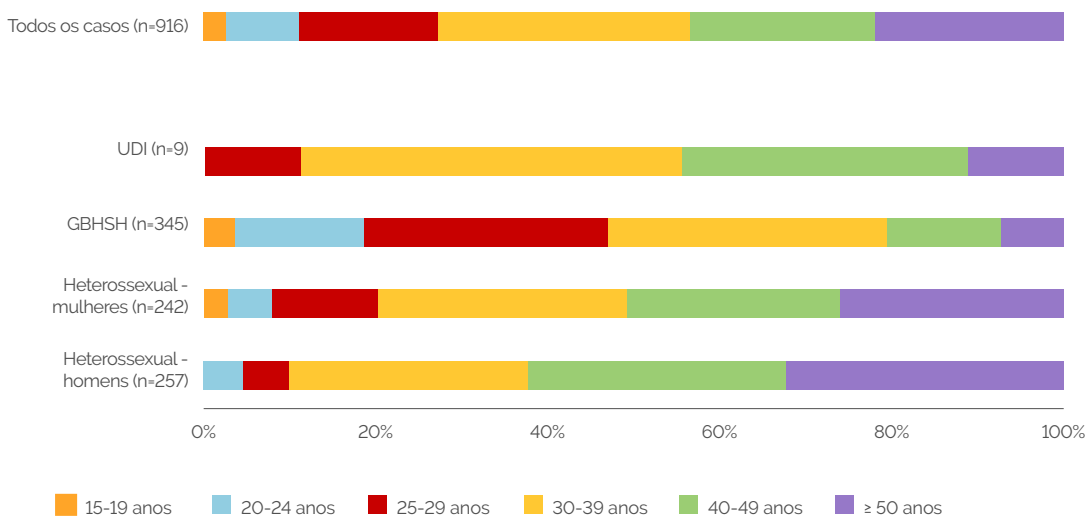
Quadro 3. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: idade mediana à data de diagnóstico por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	**Percentil**	
		P25	**P75**
Todos os novos casos (≥15 anos)	37,0	29,0	48,0
Homens	36,0	28,0	47,0
Mulheres	40,0	31,0	51,0
Heterossexual - homens	43,0	35,0	53,0
Heterossexual - mulheres	40,0	32,0	50,0
GBHSH	30,0	26,0	37,0
UDI	38,0	34,0	42,0

Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

Fonte: DGS-SINAVE

A maioria dos casos com idade à data de diagnóstico inferior a 30 anos ocorreu em homens (76,7%; 191/249), dos quais 84,8% (162/191) em GBHSH. No universo dos casos em GBHSH, 47,0% (162/345) tinham idade inferior a 30 anos (Figura 1). Por outro lado, quando a transmissão ocorreu por contacto heterossexual, apenas 14,8% (74/499) tinham entre 15 e 29 anos, observando-se que 29,3% (146/499) indicavam idade superior ou igual a 50 anos, o que corresponde a 71,9% (146/203) dos novos casos registados nesse grupo etário.



Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: DGS-SINAVE

Figura 1. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: 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 2024[2], verificou-se que a maior proporção de novos casos (36,9%) residia na Grande Lisboa, na região Norte (28,4%) e na Península de Setúbal (9,2%) (Quadro 4). A taxa mais elevada de novos diagnósticos (14,0 casos/10^5 habitantes) foi também registada na Grande Lisboa, seguindo-se a Península de Setúbal (9,0 casos/10^5 habitantes) e o Algarve (8,1 casos/10^5 habitantes).

Quadro 4. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.

Região NUTS II	n	%	Casos/10^5 habitantes
Norte	260	28,4	6,9
Centro	101	11,0	5,7
Oeste e Vale do Tejo	47	5,1	5,2
Grande Lisboa	338	36,9	14,0
Península de Setúbal	84	9,2	9,0
Alentejo	21	2,3	4,1
Algarve	47	5,1	8,1
Região Autónoma dos Açores	7	0,8	2,9
Região Autónoma da Madeira	11	1,2	4,1
Total	**916**	**100,0**	**8,0**

Fonte: DGS-SINAVE

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=345), Porto (n=139) e Setúbal (n=89), enquanto as taxas mais elevadas de novos diagnósticos foram registadas entre os habitantes do distrito de Lisboa (13,0 casos/10^5 habitantes), de Setúbal e de Aveiro com igual valor (8,8 casos/10^5 habitantes) e de Faro (8,1 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=105), Sintra (n=99) e Amadora (n=47), contudo, considerando apenas os concelhos com

número superior a cinco casos, as taxas de diagnóstico mais elevadas observaram-se nos concelhos de Entroncamento (24,2 casos/10^5 habitantes), Amadora (22,9 casos/10^5 habitantes) e Sintra (22,0 casos/10^5 habitantes).

A informação relativa ao país ou região geográfica de origem, apresentada no quadro 5, foi apurada com base no país de naturalidade para os 916 casos.

Quadro 5. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por origem geográfica e sexo.

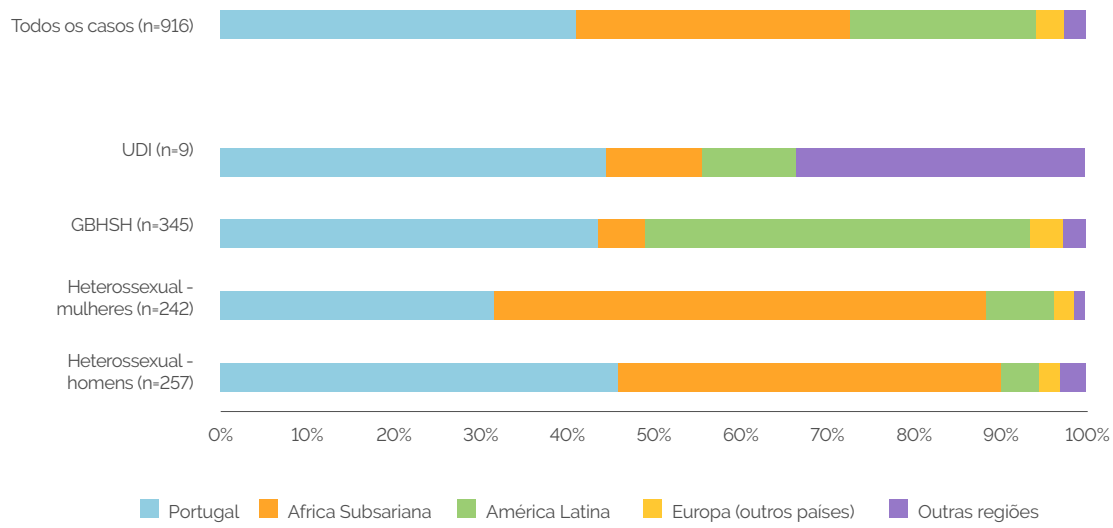
	Homens		Mulheres		Total	
País/região de origem	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Portugal	290	44,8	82	30,7	373	40,7
África Subsariana	139	21,5	156	58,4	295	32,2
América Latina	178	27,5	20	7,5	198	21,6
Europa (outros países)	22	3,4	7	2,6	29	3,2
Outras	19	2,9	2	0,7	21	2,3
Total	648	100,0	267	100,0	916	100,0

Fonte: DGS-SINAVE

Nota: foi diagnosticado 1 caso em pessoa transgénero, pelo que, para uma região e no global, o total é superior à soma das partes.

Verificou-se que 40,7% dos casos são de pessoas naturais de Portugal e que a maioria dos diagnósticos ocorridos em 2025 (59,3%) corresponde a pessoas originárias de outros países. Dos 543 casos em indivíduos procedentes de outros países, destacam-se os que provêm de países da África Subsariana (54,3%; 295/543) e da América Latina (36,5%; 198/543), os primeiros maioritariamente (98,6%) de países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). A estratificação por sexo, revelou que as proporções de casos em homens e em mulheres oriundos de outros países são também superiores às observadas para os originários de Portugal, com mais expressão nos casos em mulheres (69,3% vs 59,2%). O maior número de casos em homens estrangeiros, observa-se em indivíduos originários da América Latina (178/358; 49,7%), enquanto as mulheres provenientes de outros países eram, maioritariamente, originárias de países africanos (84,3%; 156/185).

A análise da mesma informação desagregada para as três principais formas de transmissão (Figura 2), mostrou também que em todas elas os casos registaram-se maioritariamente em pessoas originárias de outros países, atingindo a maior proporção nos casos de transmissão heterossexual em mulheres (68,6%). Para os casos de transmissão heterossexual em pessoas oriundas de outros países, apurou-se que a maioria das mulheres (83,7%; 139/166) e dos homens (78,4%; 109/139) provêm da África Subsariana. Nos 345 casos em GBHSH, 44,6% (n=154) são originários de países da América Latina e 43,8% (n=151) nasceram em Portugal. Nos casos em utilizadores de drogas injetadas (UDI) predominaram naturalidades de outros países (55,6%; 5/9), entre estes, 60,0% (3/5) originários de países fora da região europeia.

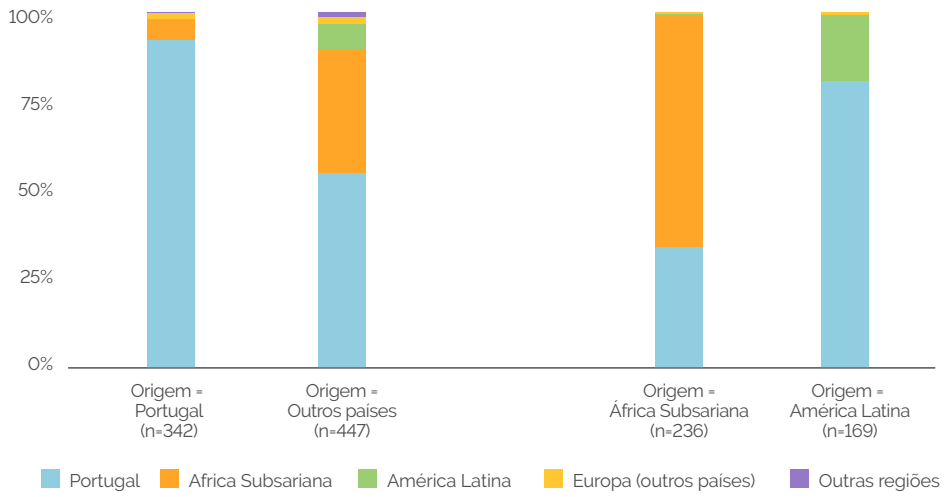


Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: DGS-SINAVE

Figura 2. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) da origem geográfica dos indivíduos por modo de transmissão.

No formulário de notificação dos casos de infeção por VIH é também recolhida informação relativa ao país onde terá ocorrido a infeção, que foi conhecido em 86,1% (n=789) dos casos com diagnóstico em 2025. Portugal é referido como o país de provável infeção em 71,5% do total de casos com informação disponível (564/789).

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



Fonte: DGS-SINAVE

Figura 3. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do país/região de provável aquisição da infeção, segundo a origem geográfica.

Foi possível constatar que em 92,4% dos casos diagnosticados em indivíduos de naturalidade portuguesa a infeção terá ocorrido no país e que também referiram ter contraído a infeção por VIH em Portugal 55,5% 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 64,8% dos casos com origem em países da África Subsariana adquiriu a infeção em países da mesma região geográfica, enquanto 81,1% dos casos procedentes de países da América Latina infetou-se em Portugal.

A informação referente à forma de transmissão, disponível em 94,1% (862/916) dos casos notificados, revelou que em 97,9% (844/862) destes a transmissão foi sexual (Quadro 6). A transmissão por contactos heterossexuais e por relações sexuais entre homens foi referida em, respetivamente, 57,9% (499/862) e 40,0% (344/862) dos casos com informação na variável. Os casos em UDI corresponderam a 1,0% (9/862) do total com informação.

Quadro 6. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por modo de transmissão e sexo.

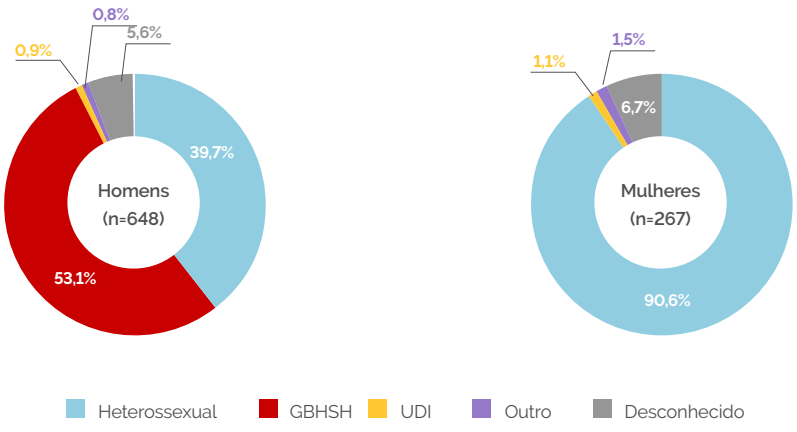
	Homens		Mulheres		Total	
Modo de transmissão	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Heterossexual	257	39,7	242	90,6	499	54,5
GBHSH	344	53,1	0	-	344	37,6
UDI	6	0,9	3	1,1	9	1,0
Outro	5	0,8	4	1,5	10	1,1
Desconhecido	36	5,6	18	6,7	54	5,9
Total	**648**	**100,0**	**267**	**100,0**	**916**	**100,0**

Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

Fonte: DGS-SINAVE

Nota: foi diagnosticado 1 caso em pessoa transgénero, pelo que, para um dos 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 2025 associados a transmissão por relações sexuais entre homens (n=344) constituíram 53,1% dos novos diagnósticos em homens, 56,2% (344/612) se considerados apenas os casos em que é indicado o modo de transmissão.



Legenda: GBHSH – gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: DGS-SINAVE

Nota: foi diagnosticado 1 caso em pessoa transgénero, não incluído na figura.

Figura 4. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do modo de transmissão por sexo.

O tipo de vírus foi reportado em 99,1% (908/916) dos novos casos com diagnóstico em 2025, verificando-se que a maioria dos casos com informação disponível (97,9%; 889/908) refere infeção por VIH do tipo 1 (VIH-1). No período em análise foram diagnosticadas 19 infeções por VIH do tipo 2 (VIH-2). Esses diagnósticos ocorreram maioritariamente em mulheres (63,2%; 12/19), em pessoas com 50 ou mais anos (73,7%; 14/19) e em oriundos da Guiné-Bissau (57,9%; 11/19).

O estádio clínico na avaliação inicial foi conhecido em 95,2 % (872/916) dos casos com diagnóstico em 2025 e a maioria destes (62,8%; 548/872) foram classificados como assintomáticos (Quadro 7). Identificaram-se 49 casos em que o diagnóstico foi efetuado na fase aguda da infeção, 85,7% (42/49) dos quais em homens, e nestes, 76,2% (32/42) referiam transmissão por relações sexuais com outros homens. A estratificação por sexo revelou uma percentagem superior de diagnósticos em estádio SIDA nos casos referentes a mulheres.

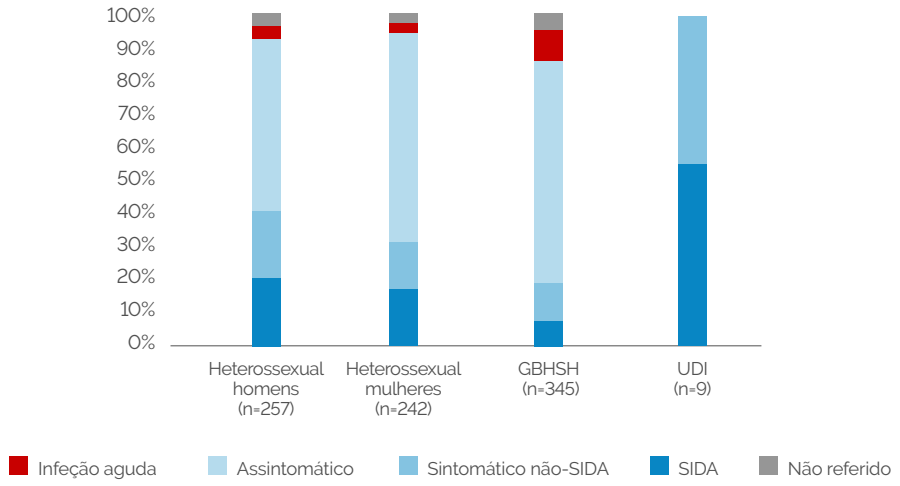
Quadro 7. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por estádio inicial e sexo.

	Homens		Mulheres		Total	
Estádio clínico	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Infeção aguda	42	6,5	7	2,6	49	5,3
Assintomático	381	58,8	166	62,2	548	59,8
Sintomático não-SIDA	98	15,1	35	13,1	133	14,5
SIDA	95	14,7	47	17,6	142	15,5
Sem informação	32	4,9	12	4,5	44	4,8
Total	**648**	**100,0**	**267**	**100,0**	**916**	**100,0**

Fonte: DGS-SINAVE

Nota: foi diagnosticado 1 caso em pessoa transgénero, pelo que, para um dos estádios e no global, o total é superior à soma das partes.

A menor proporção de casos com diagnóstico concomitante de SIDA (8,2%) ocorreu em GBHSH, que se apresentaram maioritariamente assintomáticos (70,2%) (Figura 5). Em 42,7% dos casos com transmissão heterossexual em homens foi reportado estarem sintomáticos ou em estádio SIDA na primeira avaliação clínica. No total, foram identificados 142 casos em que ocorreu um diagnóstico de SIDA à data do diagnóstico de infeção por VIH e que correspondem a 16,3% dos casos com informação relativa ao estádio (142/872).



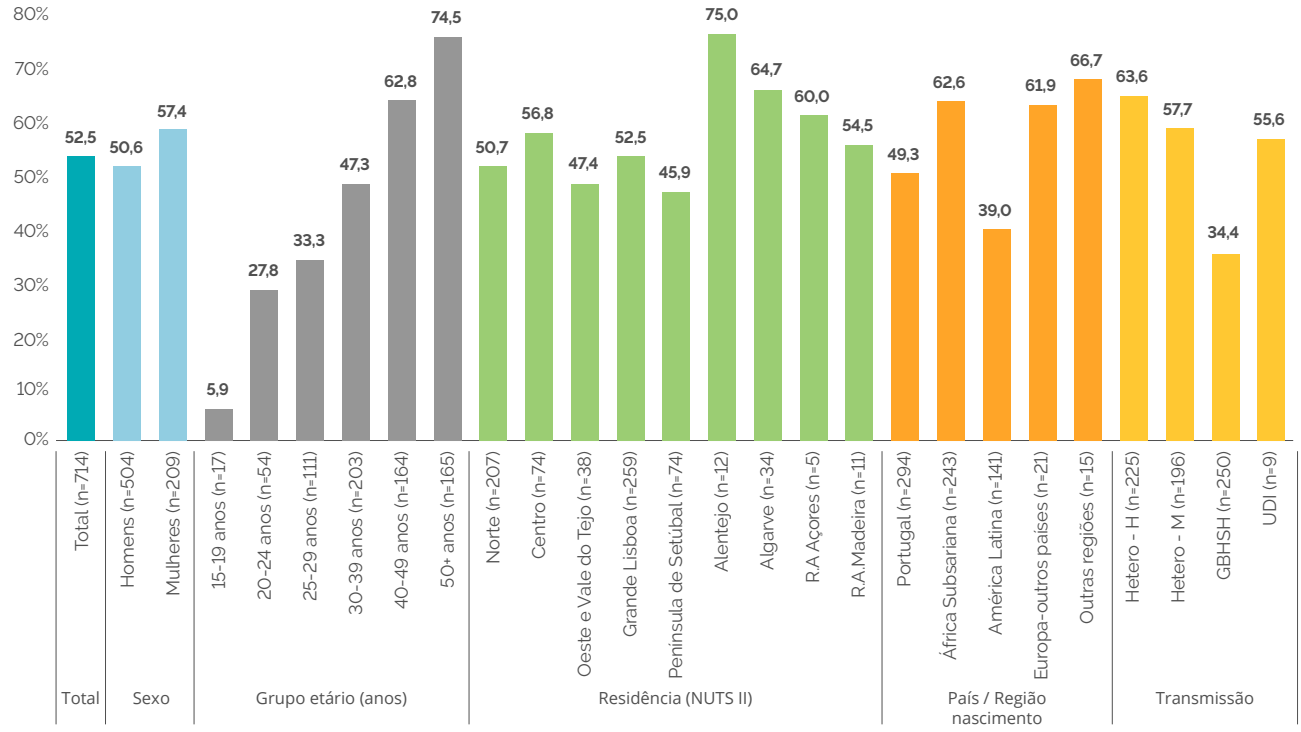
Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

Fonte: DGS-SINAVE

Figura 5. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do estádio clínico por modo de transmissão.

O número de linfócitos TCD4+ (CD4) da primeira avaliação laboratorial constitui um indicador de precocidade dos diagnósticos de infeção por VIH. É consensual que valores de contagens de CD4 inferiores a 350 células/mm³ indicam tratar-se de uma apresentação tardia aos cuidados de saúde[3] e valores inferiores a 200 células/mm³ são sinónimo de doença avançada. No entanto, em 2022, foi consensualizada e publicada uma atualização da abordagem para avaliação dos diagnósticos tardios[4]. Esta resulta numa classificação dicotómica em que são identificados como diagnósticos "não tardios" os casos que correspondam a infeções agudas (com evidência laboratorial ou clínica), bem como os casos que tenham um teste VIH negativo nos 12 meses antes do diagnóstico, em ambas as situações independentemente do valor das contagens de CD4. Nos casos em que não se 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.

Em 77,9% das notificações de casos com diagnóstico em 2025 foi registada informação que permitiu a análise segundo a nova definição e 52,5% dos casos foram considerados como compatíveis com apresentação tardia.



Legenda: Hetero-H – heterossexual-homens; Hetero-M – heterossexuais-mulheres; GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

Nota: Esta figura não inclui os casos sem informação que possibilite a classificação, nomeadamente, os valores da contagem de CD4 ou, na ausência destes, informação clínica que permita identificar um estádio agudo ou de SIDA. Na distribuição por sexo não está incluido 1 caso em pessoa transgénero.

Figura 6. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025 - distribuição (%) dos casos com diagnósticos tardios de acordo com o sexo, idade, residência, origem e modo de transmissão.

A distribuição das proporções de casos com diagnósticos tardios segundo diferentes características, ilustrada na figura 6, revelou uma proporção de diagnósticos tardios mais elevada nos casos em mulheres (57,4%), um aumento proporcional ao aumento da idade à data de diagnóstico, sendo atingido o valor mais elevado (74,5%) nos casos com 50 ou mais anos, tal como observado em anos anteriores[1]. Relativamente à origem geográfica, constatou-se que os casos em pessoas oriundas de países de outras regiões do globo e da África Subsariana constituem os grupos que se apresentaram mais tardiamente (66,7% e 62,6%). Os casos com residência na

região do Alentejo e Algarve apresentaram-se tardiamente em maior proporção (75,0% e 64,7%) do que os residentes nas restantes regiões NUTS II, contudo, recomenda-se alguma prudência na interpretação dos dados de algumas regiões devido ao reduzido número de casos reportados. 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, 63,6%. A reduzida proporção de diagnósticos tardios em gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens (34,4%) poderá decorrer de uma maior frequência de testagem e/ou melhor conhecimento dos comportamentos de risco.

I.1.2. Novos casos de SIDA

Durante o ano 2025 foram diagnosticados em Portugal 175 novos casos de SIDA (Quadro 8). A taxa de novos diagnósticos de SIDA para o ano 2025 foi 1,5 casos/10^5 habitantes. O diagnóstico de SIDA foi concomitante com o diagnóstico de infeção por VIH em 81,1% dos casos (142/175), os restantes 33 casos decorreram de evolução para estádio SIDA.

Quadro 8. Novos casos de SIDA diagnosticados em 2025.

	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)	175	100,0	1,7	175	100,0	1,7
Crianças (<15 anos)	0	0,0	-	0	0,0	-
Total	**175**	**100,0**	**1,5**	**175**	**100,0**	**1,5**

Fonte: DGS-SINAVE

Dos 175 casos de SIDA diagnosticados no ano em análise, 119 (68,0%) registaram-se em homens e 56 (32,0%) em mulheres, o que revela uma razão H/M de 2,1. A maioria dos novos casos de SIDA (64,6%) ocorreu em indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos e a incidência mais elevada, 3,5 casos/10^5 habitantes, observou-se no grupo etário 40-49 anos. A desagregação por sexo revelou que a incidência mais elevada de SIDA se observou também nesse grupo etário em ambos os sexos, respetivamente, 4,9 casos/10^5 habitantes para os homens e 2,2 casos/10^5 habitantes nas mulheres (Quadro 9). A idade mediana à data do diagnóstico de SIDA nos casos de 2025 foi de 44,0 anos (P25-75: 34,0-52,0) (Quadro 10). As medianas de idades foram mais elevadas nos casos de SIDA em mulheres (45,0 anos) e entre os casos de mulheres que referiam transmissão heterossexual (46,0 anos), as mais baixas registaram-se nos casos em GBHSH (33,0 anos).

Quadro 9. Novos casos de SIDA (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico.

	Homens			Mulheres			Total		
Grupo etário	**n**	**%**	**Casos/10^5 habitantes**	**n**	**%**	**Casos/10^5 habitantes**	**n**	**%**	**Casos/10^5 habitantes**
15-19 anos	1	0,8	0,4	1	1,8	0,4	2	1,1	0,4
20-24 anos	4	3,4	1,2	1	1,8	0,3	5	2,9	0,8
25-29 anos	8	6,7	2,1	6	10,7	1,8	14	8,0	1,9
30-39 anos	31	26,1	3,9	10	17,9	1,5	41	23,4	2,8
40-49 anos	40	33,6	4,9	18	32,1	2,2	58	33,1	3,5
50-59 anos	17	14,3	2,2	11	19,6	1,3	28	16,0	1,8
≥ 60 anos	18	15,1	1,2	9	16,1	0,5	27	15,4	0,8
Total	**119**	**100,0**	**2,1**	**56**	**100,0**	**1,0**	**175**	**100,0**	**1,5**

Fonte: DGS-SINAVE

Quadro 10. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2025: idade mediana à data de diagnóstico, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	Percentil	
		P25	P75
Todos os novos casos de SIDA (≥15 anos)	44,0	34,0	52,0
Homens	44,0	33,0	51,0
Mulheres	45,0	35,5	53,5
Heterossexual - homens	45,0	40,0	54,0
Heterossexual - mulheres	46,0	38,0	54,0
GBHSH	33,0	27,0	44,0
UDI	42,0	38,0	47,0

Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: DGS-SINAVE

O maior número de diagnósticos de SIDA (n=68) ocorreu em habitantes da região da Grande Lisboa, onde também se observou a incidência de SIDA mais elevada (2,8 casos de SIDA/10^5 habitantes) (**Quadro 11**).

Quadro 11. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por residência (NUTS II) e respetivas taxas de diagnóstico.

Região NUTS II	Nº casos de SIDA	%	Casos/10^5 habitantes
Norte	53	30,3	1,4
Centro	15	8,6	0,8
Oeste e Vale do Tejo	10	5,7	1,1
Grande Lisboa	68	38,9	2,8
Península de Setúbal	14	8,0	1,5
Alentejo	5	2,9	1,0
Algarve	9	5,1	1,6
Região Autónoma dos Açores	0	0,0	0,0
Região Autónoma da Madeira	1	0,6	0,4
Total	**175**	**100,0**	**1,5**

Fonte: DGS-SINAVE

Apenas 68 dos 175 novos casos de SIDA de 2025 (38,9%) foram registados em indivíduos nascidos em Portugal (**Quadro 12**). 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 (67,9% vs 58,0%).

Quadro 12. Novos casos de SIDA (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por origem geográfica e sexo.

	Homens		Mulheres		Total	
País/região de origem	n	%	n	%	n	%
Portugal	50	42,0	18	32,1	68	38,9
África Subsariana	42	35,3	29	51,8	71	40,6
América Latina	19	16,0	6	10,7	25	14,3
Europa (outros países)	5	4,2	3	5,4	8	4,6
Outras regiões	3	2,5	0	0,0	3	1,7
Total	119	100,0	56	100,0	175	100,0

Fonte: DGS-SINAVE

A distribuição dos novos casos de SIDA por modo de transmissão é apresentada no quadro 13 e mostra que a maioria dos casos (65,7%) ocorreu em indivíduos que contraíram a infeção por contacto heterossexual, o que também se verifica após estratificação por sexo.

Quadro 13. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição por modo de transmissão e sexo.

	Homens		Mulheres		Total	
Modo de transmissão	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Heterossexual	66	55,5	49	87,5	115	65,7
GBHSH	31	26,1	0	0,0	31	17,7
UDI	8	6,7	1	1,8	9	5,1
Outra	0	0,0	2	3,6	2	1,1
Desconhecido	14	11,8	4	7,1	18	10,3
Total	**119**	**100,0**	**56**	**100,0**	**175**	**100,0**

Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros 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 V), a classificação obedece apenas a critérios clínicos sendo necessária a presença de pelo menos uma das doenças definidoras de SIDA que constam da lista publicada em 1993[7] e apresentada no Anexo VI 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 tuberculose extrapulmonar, foram as doenças definidoras de SIDA mais frequentes nos casos com diagnóstico em 2025, como pode ser constatado no quadro 14. 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 14. Novos casos de SIDA (≥ 15 anos) com diagnóstico em 2025: frequência das doenças definidoras de SIDA mais comuns, por sexo e modo de transmissão.

	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
Tuberculose extrapulmonar (todas as formas)	**18,6**	19,2	17,4	18,5	18,4	11,1
Tuberculose pulmonar	**12,9**	11,2	15,9	15,4	2,6	0,0
Candidose esofágica	**11,9**	12,8	10,1	13,1	2,6	11,1
Toxoplasmose cerebral	**9,3**	9,6	8,7	10,0	5,3	33,3
Doença por citomegalovírus	**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
Síndrome de emaciação por VIH	**6,7**	6,4	7,2	6,2	10,5	0,0

Legenda: Hetero – heterossexual; GBHSH - gays, bissexuais ou outros 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 112 óbitos, ocorridos em 2025, em pessoas que viviam com VIH, dos quais 60 (53,6%) tinham atingido o estádio SIDA. A taxa de mortalidade, bruta e não ajustada para o atraso de notificação do óbito, foi de 1,0 mortes/10^5 habitantes. Os óbitos ocorreram maioritariamente em homens (75,9%; 85), para os quais se apurou uma taxa de mortalidade de 1,5 mortes/10^5 habitantes.

No total de óbitos ocorridos em 2025 e notificados, a idade mediana à data da morte foi de 60,0 anos (P25-75: 52,0-71,0) (Quadro 15). A idade mediana mais baixa foi encontrada nos óbitos em UDI, 55,0 anos (P25-75: 52,0-60,0) e a mais elevada nos óbitos de homens com transmissão heterossexual, 65,0 anos (P25-75: 57,0-77,0).

Quadro 15. Óbitos ocorridos em 2025: idade mediana à data de óbito, por sexo e modo de transmissão.

	Idade mediana	Percentil	
		P25	P75
Todos os óbitos	60,0	52,0	71,0
Homens	60,0	52,0	69,0
Mulheres	60,0	48,0	78,0
Heterossexual - homens	65,0	57,0	77,0
Heterossexual - mulheres	64,0	49,0	80,0
GBHSH	58,0	36,0	71,0
UDI	55,0	52,0	60,0

Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: DGS-SINAVE

A distribuição por sexo e modo de transmissão mostrou que a maioria dos óbitos (56,3%) registou-se em casos de transmissão heterossexual, seguindo-se os óbitos em casos de UDI (27,7%) (Quadro 16). O mesmo padrão de distribuição foi observado em ambos os sexos.

Quadro 16. Óbitos ocorridos em 2025: distribuição por modo de transmissão e sexo.

	Homens		Mulheres		Total	
Modo de transmissão	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Heterossexual	42	49,4	21	77,8	63	56,3
GBHSH	11	12,9	0	0,0	11	9,8
UDI	26	30,6	5	18,5	31	27,7
Outro	5	5,9	1	3,7	6	5,4
Desconhecido	1	1,2	0	0,0	1	0,9
Total	**85**	**100,0**	**27**	**100,0**	**112**	**100,0**

Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: DGS-SINAVE

O tempo decorrido entre o diagnóstico de infeção por VIH e a morte foi superior a 20 anos em 35,7% dos óbitos ocorridos em 2025, sendo esta proporção mais elevada para os óbitos em homens (37,6%) e em UDI (58,1%) (Quadro 17). Por outro lado, 21,4% (24/112) dos óbitos ocorreram nos cinco anos após o diagnóstico da infeção por VIH, no entanto, nos óbitos ocorridos em mulheres essa proporção atingiu 37,0% (10/27).

Quadro 17. Óbitos ocorridos em 2025: distribuição por tempo decorrido entre o diagnóstico da infeção por VIH e a morte, por sexo e modo de transmissão.

Tempo	Sexo				Modo de transmissão								Total	
	Homens		Mulheres		Hetero-H		Hetero-M		GBHSH		UDI			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
≤1 ano	9	10,6	6	22,2	5	11,9	5	23,8	1	9,1	0	0,0	15	13,4
2 a 5 anos	5	5,9	4	14,8	5	11,9	4	19,0	0	0,0	0	0,0	9	8,0
6 a 10 anos	13	15,3	3	11,1	8	19,0	3	14,3	4	36,4	1	3,2	16	14,3
11-15 anos	10	11,8	3	11,1	4	9,5	2	9,5	2	18,2	3	9,7	13	11,6
16-20 anos	16	18,8	3	11,1	8	19,0	2	9,5	0	0,0	9	29,0	19	17,0
> 20 anos	32	37,6	8	29,6	12	28,6	5	23,8	4	36,4	18	58,1	40	35,7
Total	**85**	**100,0**	**27**	**100,0**	**42**	**100,0**	**21**	**100,0**	**11**	**100,0**	**31**	**100,0**	**112**	**100,0**

Legenda: Hetero-H – heterossexual-homens; Hetero-M - heterossexual-mulheres; GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI –utilizadores de drogas injetadas

Fonte: DGS-SINAVE

I.2. Características dos casos acumulados e tendências temporais (1983-2025)

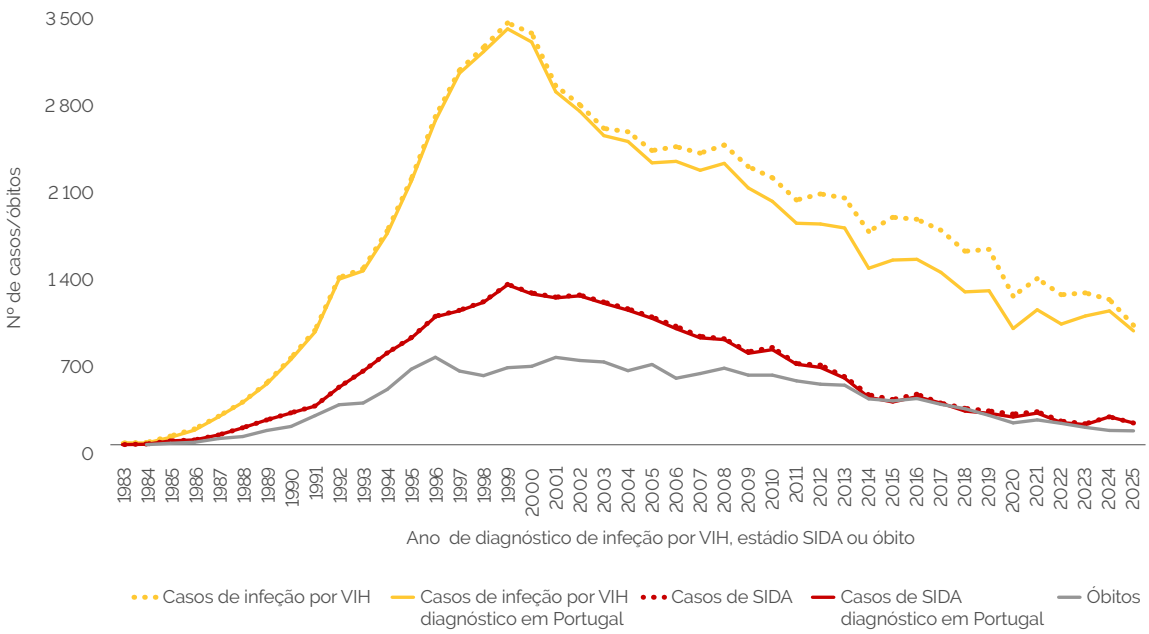
Em Portugal, até 30 de junho de 2026 foram notificados, cumulativamente, 72 977 casos de infeção por VIH, com diagnóstico ocorrido até 31 de dezembro de 2025, dos quais 24 559 atingiram o estádio de SIDA. Foram ainda comunicados 16 185 óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH, ocorridos no mesmo período.

Tal como informado no ponto I.1.1, atualmente é possível recolher na notificação informação relativa ao país onde ocorreu o diagnóstico da infeção por VIH, sendo por isso possível distinguir os casos com diagnóstico em Portugal dos casos com diagnósticos noutros países e que são igualmente notificados por entrarem nos cuidados de saúde no país. 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. À semelhança do ocorrido nos relatórios dos anos mais recentes, neste relatório é 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 67 822 casos de infeção por VIH e 24 216 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 infeção por VIH e casos de SIDA, total e diagnósticos ocorridos em Portugal, bem como dos óbitos, está representada na figura 7. Observa-se que a diferença entre o total de casos e o número de diagnósticos ocorridos no país é superior nos casos de infeção por VIH do que nos casos de SIDA. Os casos com diagnóstico noutros países correspondem a 7,1% do total de casos registados e a 17,4% quando consideramos apenas os casos com diagnóstico entre 2016 e 2025.



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 7. Casos de infeção por VIH, casos de SIDA e óbitos (1983-2025): distribuição por ano de diagnóstico da infeção 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 aspetos demográficos, clínicos e epidemiológicos dos casos de infeção por VIH, dos casos de SIDA e dos óbitos notificados, com particular foco nos casos da última década. Para esta última, são comparados os valores obtidos nos casos com diagnóstico em 2016 e 2025, no entanto, ressalva-se que os valores para o ano 2025 poderão ainda sofrer alterações significativas devido a atraso na notificação, pelo que as variações calculadas devem ser consideradas provisórias.

Os quadros referentes às tendências temporais são apresentados no final do relatório, no separador "Quadros".

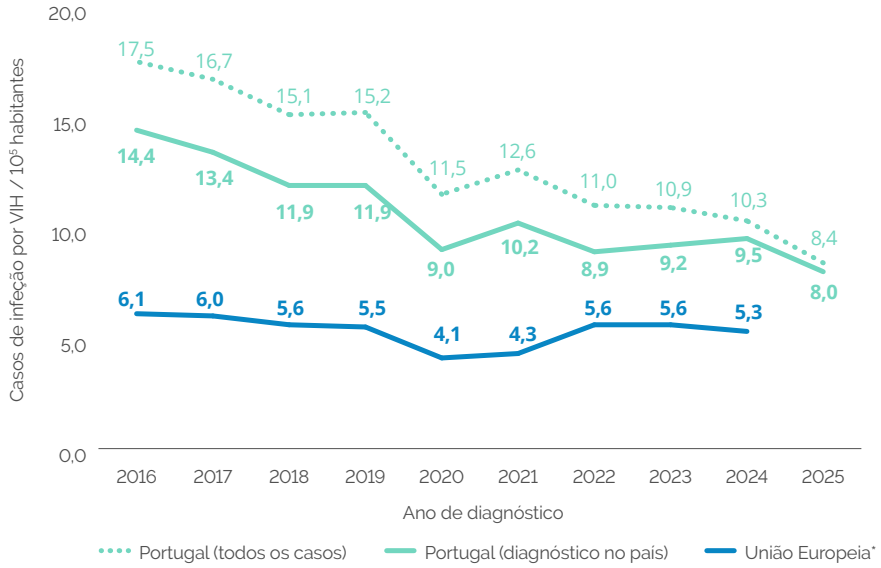
I.2.1. Casos de infeção por VIH

Distribuição temporal

A distribuição dos casos de infeção por VIH acumulados, de acordo com o ano de diagnóstico, para o total de casos e para os casos com diagnóstico em Portugal, é apresentada no quadro 18. Os primeiros casos de infeção por VIH foram identificados em 1983 e foi no ano 1999 que se registou o número mais elevado de novos casos, 3 346 dos quais com diagnóstico em Portugal. A partir desse ano, observou-se um decréscimo no número anual de novos casos, que entre 2016 e 2025, foi de 39%. Este valor poderá vir a sofrer alteração devido ao atraso na notificação, pelo que deve ser assumido como provisório.

As taxas anuais de novos diagnósticos refletem a mesma tendência decrescente observada para o número de casos (Figura 8). As taxas apuradas para 2016 e 2025, para os casos com diagnóstico em Portugal, respetivamente, 14,4 casos/10^5 habitantes e 8,0 casos/10^5 habitantes, revelam um decréscimo de 44%.

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 UE[8].



* WHO Europe/ECDC. HIV/*AIDS surveillance in Europe report*, 2025 (2024 data).
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 8. Casos de infeção por VIH (2016-2025): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia.

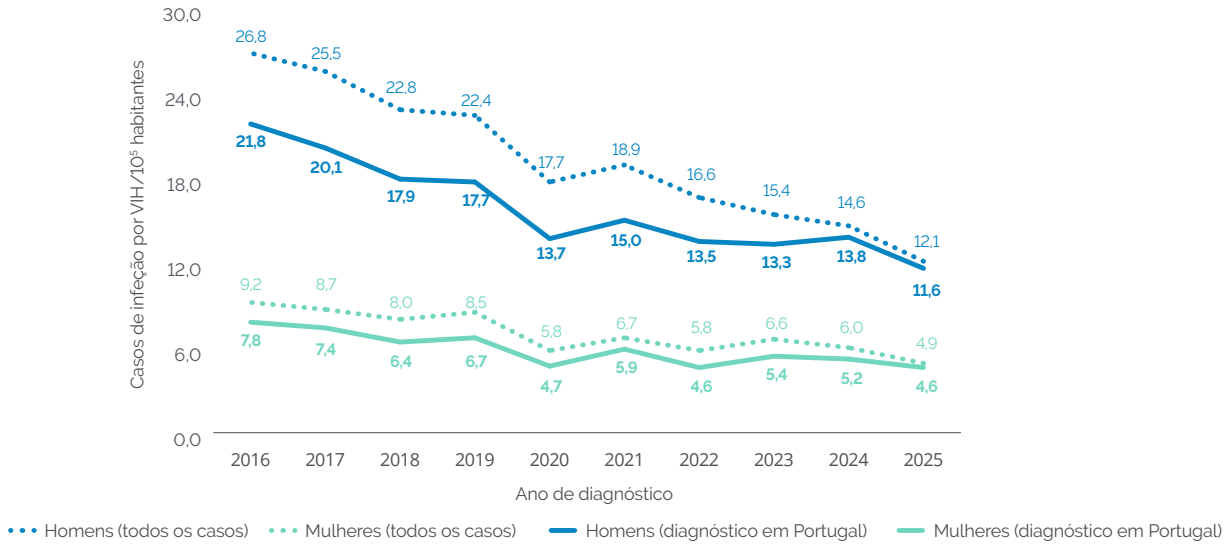
Distribuição por sexo

À semelhança do que se observa na maioria dos países do hemisfério norte, a epidemia nacional atinge maioritariamente os indivíduos do sexo masculino. Em todos os anos em observação o número de casos em homens ultrapassou o número de casos registados em mulheres (Quadro 18). Cumulativamente, encontram-se registados 52 350 casos em homens, em 48 848 dos quais o diagnóstico ocorreu 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 período em que proporcionalmente foram diagnosticados menos casos em homens foi o decorrido entre os anos 2002 e 2010, inclusive, no qual se observou uma razão H/M média de 2,1.

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.

A comparação do número de novos casos registados nos anos 2016 e 2025, para os diagnósticos ocorridos em Portugal, revelou uma redução que foi maior para os casos em homens relativamente à observada para os casos em mulheres (39% vs. 37%). A redução observada nas taxas de diagnóstico correspondentes foi de 47% e 41%, contudo, na interpretação da magnitude desta redução terá de ser tido em conta o aumento da população nacional nos anos mais recentes.

Como pode ser constatado na figura 9, o impacto dos casos com diagnóstico fora do país na taxa de novos diagnósticos é maior em homens. Nos dez anos em análise, a taxa média de diagnósticos em Portugal para o sexo masculino foi 15,7casos/10^5 habitantes, enquanto para o sexo feminino foi de 5,8 casos/10^5 habitantes, o que revela uma razão de taxas de 2,7.



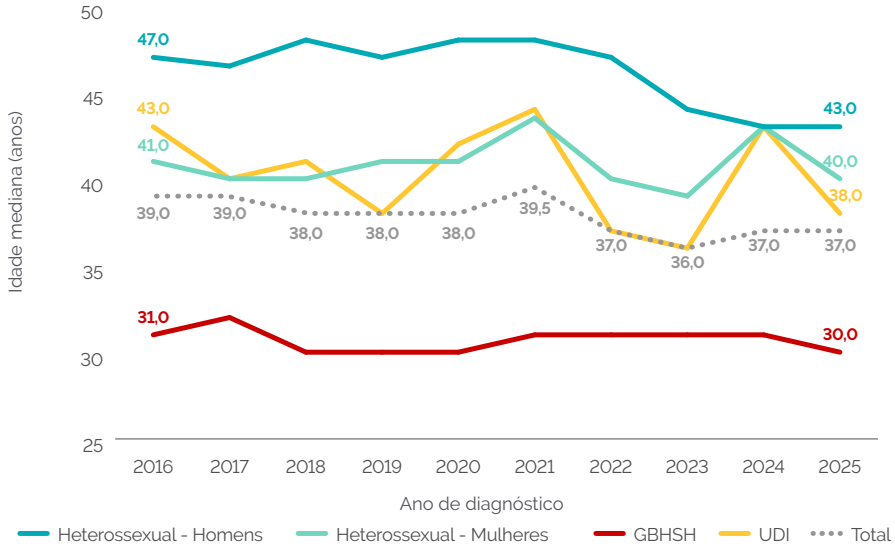
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 9. Casos de infeção por VIH (2016-2025): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.

A notificação não inclui campo para identificação inequívoca das pessoas transgénero, no entanto, essa informação adicional é por vezes inscrita e, consequentemente, registada no caso. Entre 1983 e 2025 foram notificados 52 casos de infeção por VIH com indicação de corresponderem a pessoas transgénero, mais concretamente a mulheres transgénero. Em 33 desses casos o diagnóstico ocorreu em Portugal e registaram uma idade mediana de 30,0 anos, 51,2% residiam na região da Grande Lisboa e 57,6% eram oriundos de países da América Latina. Na análise por modo de transmissão os casos em pessoas transgénero são incluídos na categoria "Outro", no entanto, a informação veiculada nas notificações indica que a infeção por VIH foi maioritariamente (87,9%; 29/33) adquirida por relações sexuais com homens, por vezes ocorridas previamente à mudança legal do género. Na primeira avaliação clínica 75,8% das pessoas transgénero encontravam-se assintomáticas e a mediana dos valores disponíveis de contagens de CD4 foi igual a 399 células/mm^3.

Idade ao diagnóstico

Foi apurada a idade mediana à data do diagnóstico da infeção por VIH para o total dos casos com diagnóstico em Portugal no período 2016-2025 e com idade superior ou igual a 15 anos, e estratificada para os principais modos de transmissão (Figura 10). Nos quatro anos mais recentes, para o total dos casos, observam-se idades medianas inferiores às verificadas no início da década. Relativamente aos modos de transmissão mais comuns, constata-se que, ao longo de todo o período, as medianas mais elevadas observam-se nos casos de transmissão heterossexual em homens, sendo em média cerca de 8 anos mais elevada que a média apurada para o total de casos. Neste período, os casos em GBHSH apresentaram sempre a idade mediana mais baixa, variando entre os 31,0 e os 30,0 anos, com valores que em média diferem em cerca de 15 anos das idades medianas apuradas para os casos de transmissão heterossexual em homens. As variações observadas na curva correspondente às medianas das idades dos UDI devem ser interpretadas com reserva pois decorrem do menor número anual de casos para esta forma de transmissão.



Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

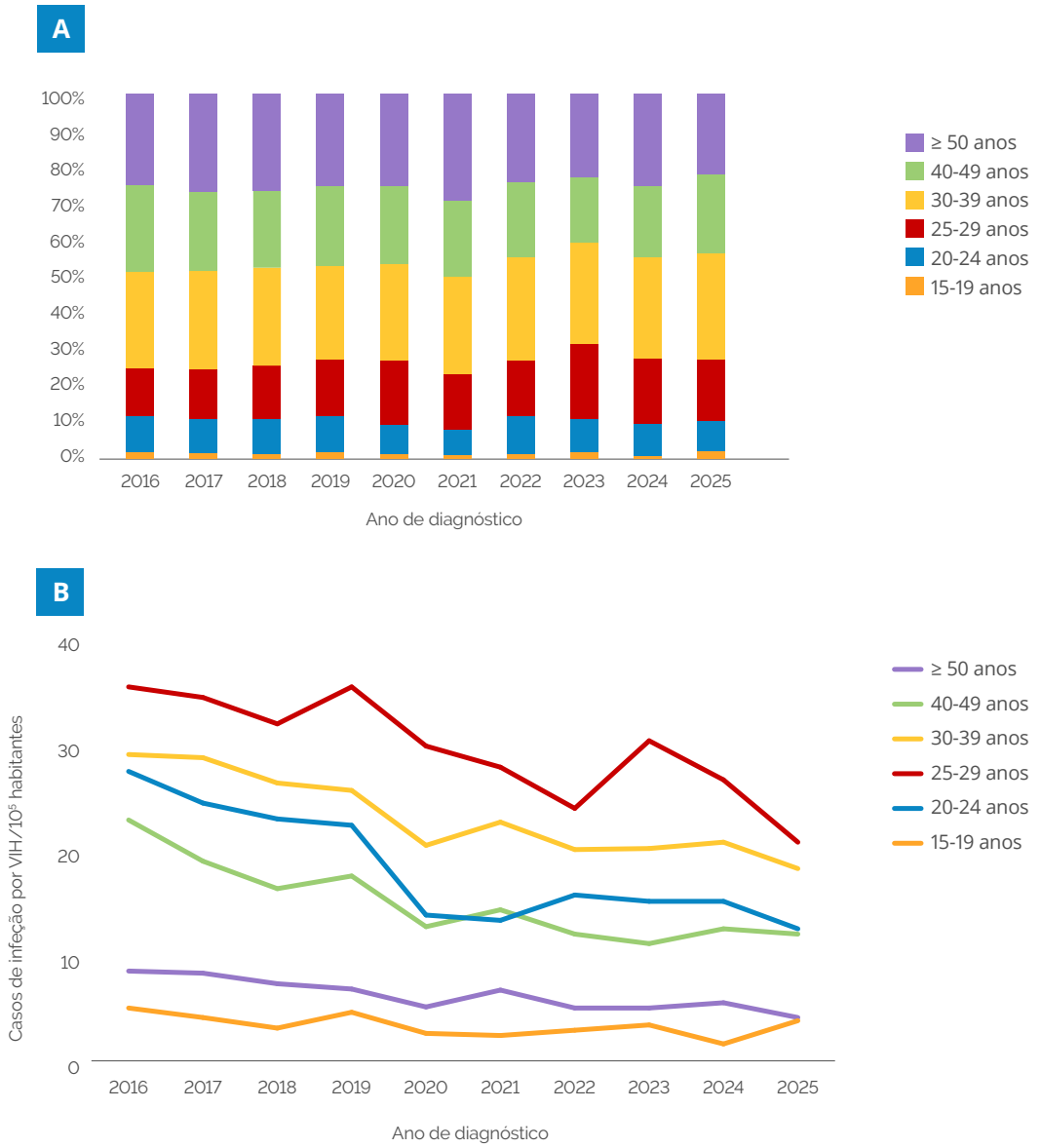
Figura 10. Casos de infeção por VIH (2016-2025): tendências temporais das idades medianas à data de diagnóstico para o total de casos e para as principais formas de transmissão.

A distribuição temporal dos casos com diagnóstico em Portugal, por grupo etário, de acordo com o ano de diagnóstico e sexo é apresentada no quadro 19. O grupo etário com maior número de casos acumulados é o grupo dos 30 a 39 anos (n=21 420), o mesmo se verifica para ambos os sexos. Os grupos etários que englobam os casos com idades entre os 25 e os 49 anos representam a maioria dos diagnósticos acumulados de infeção por VIH no país (68,1%; 46 172).

Na década em análise foram diagnosticados em Portugal 11 369 casos de infeção por VIH, 26,4% (3 002/11 369) dos quais em pessoas com menos de 30 anos e 25,6% (2 914/11 369) em pessoas com 50 ou mais anos.

O número de novos casos na maioria dos grupos etários mostrou-se genericamente decrescente e a comparação relativa ao número de casos com diagnóstico em 2016 e 2025, revelou que o grupo etário 20-24 anos apresentou a maior redução (47%). Na análise por sexo foi também nesse grupo que nas mulheres se observou a maior descida dos casos (61%) e no grupo 40-49 anos nos homens (49%). Os casos entre os 25 e os 29 anos registaram a menor redução (23%), situação também verificada para os casos em homens (30%), no entanto, verificou-se um aumento de 13% nos casos em mulheres com idades equivalentes.

A maioria de novos diagnósticos de VIH ocorridos entre 2016 e 2025 registou-se em indivíduos abaixo dos 40 anos, contudo, todos os anos, mais de 20% dos casos corresponderam a pessoas com 50 ou mais anos (Figura 11A). No mesmo período, as taxas de diagnóstico mais elevadas observaram-se sempre no grupo etário dos 25-29 anos, ao qual se seguiram, por ordem, os grupos etários dos 30-39 anos e 20-24 anos (Figura 11B).



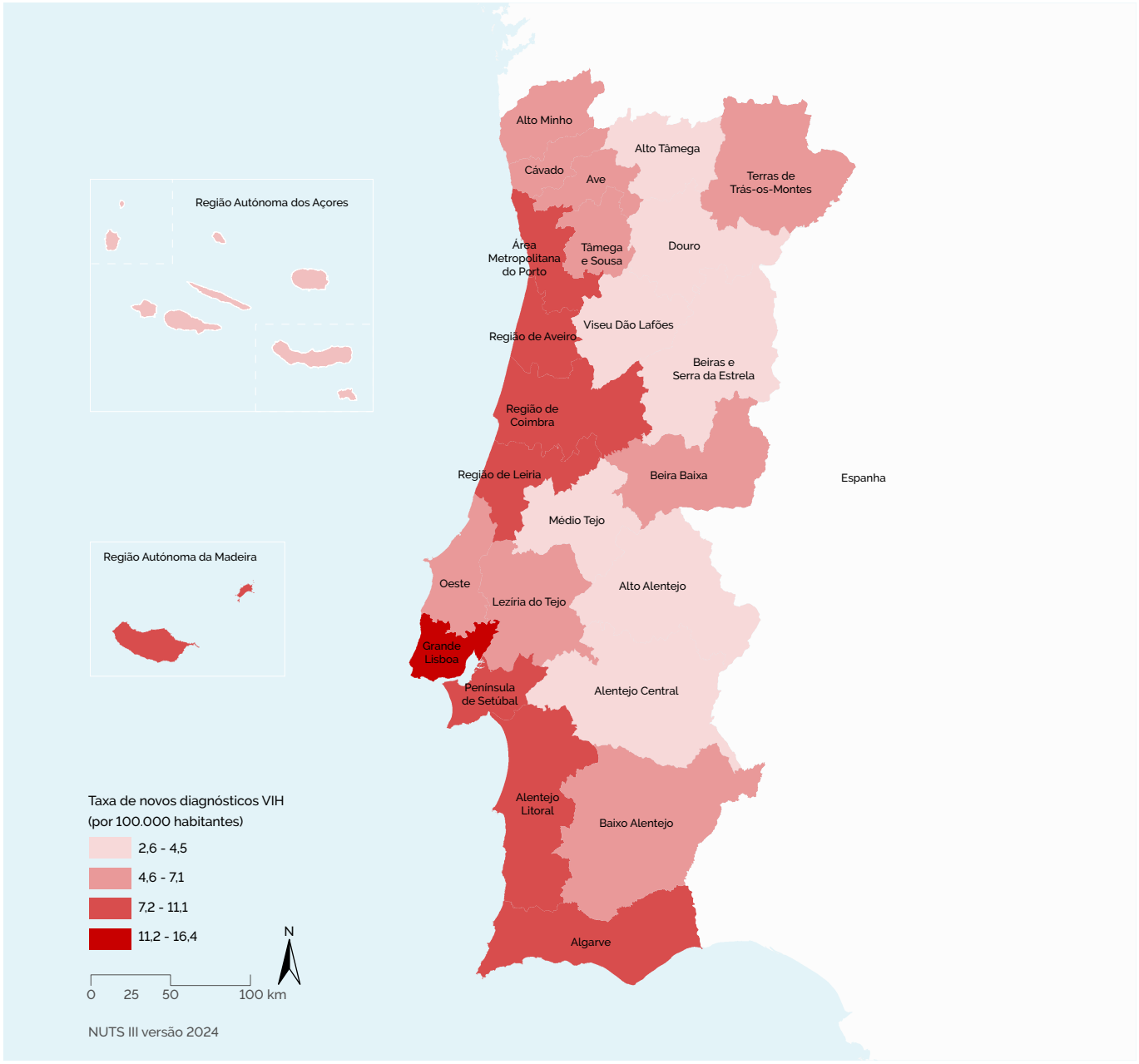
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 11. Casos de infeção por VIH (2016-2025): distribuição (%) (**A**) e taxa de novos casos (**B**) por grupo etário e ano de diagnóstico.

Distribuição geográfica

A distribuição anual do número de casos diagnosticados segundo a residência à data da notificação, sistematizada de acordo com as regiões definidas pela nova NUTS de 2024[2] é apresentada no quadro 20. 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=27 704), correspondendo a 40,8% do total de casos notificados no país, seguida da região Norte com 25,0% (n=16 975). A Região Autónoma (R.A.) dos Açores é a região com menos casos de infeção por VIH acumulados (n=480). A Área Metropolitana (A.M.) do Porto é a segunda região NUTS III com maior número de casos acumulados a seguir à Grande Lisboa, enquanto a região Alto Tâmega e Barroso corresponde à região com menos casos acumulados (n=115).

As taxas médias de novos diagnósticos de infeção por VIH, relativas ao último quinquénio (2021 a 2025), foram apuradas para as diferentes regiões NUTS III do continente e ilhas (Figura 12). A taxa média nacional determinada para este período foi de 9,2 casos/10^5 habitantes, enquanto a taxa mais elevada, 16,4 casos/10^5 habitantes, se verificou na região da Grande Lisboa, o que corresponde a uma razão de taxas (RR-*rate ratio*) de 1,8. Seguiram-se a Península de Setúbal e a região de Aveiro, respetivamente, com 11,1 casos/10^5 habitantes e 9,1 casos/10^5 habitantes, ambas situadas no litoral, à semelhança da região da Grande Lisboa.



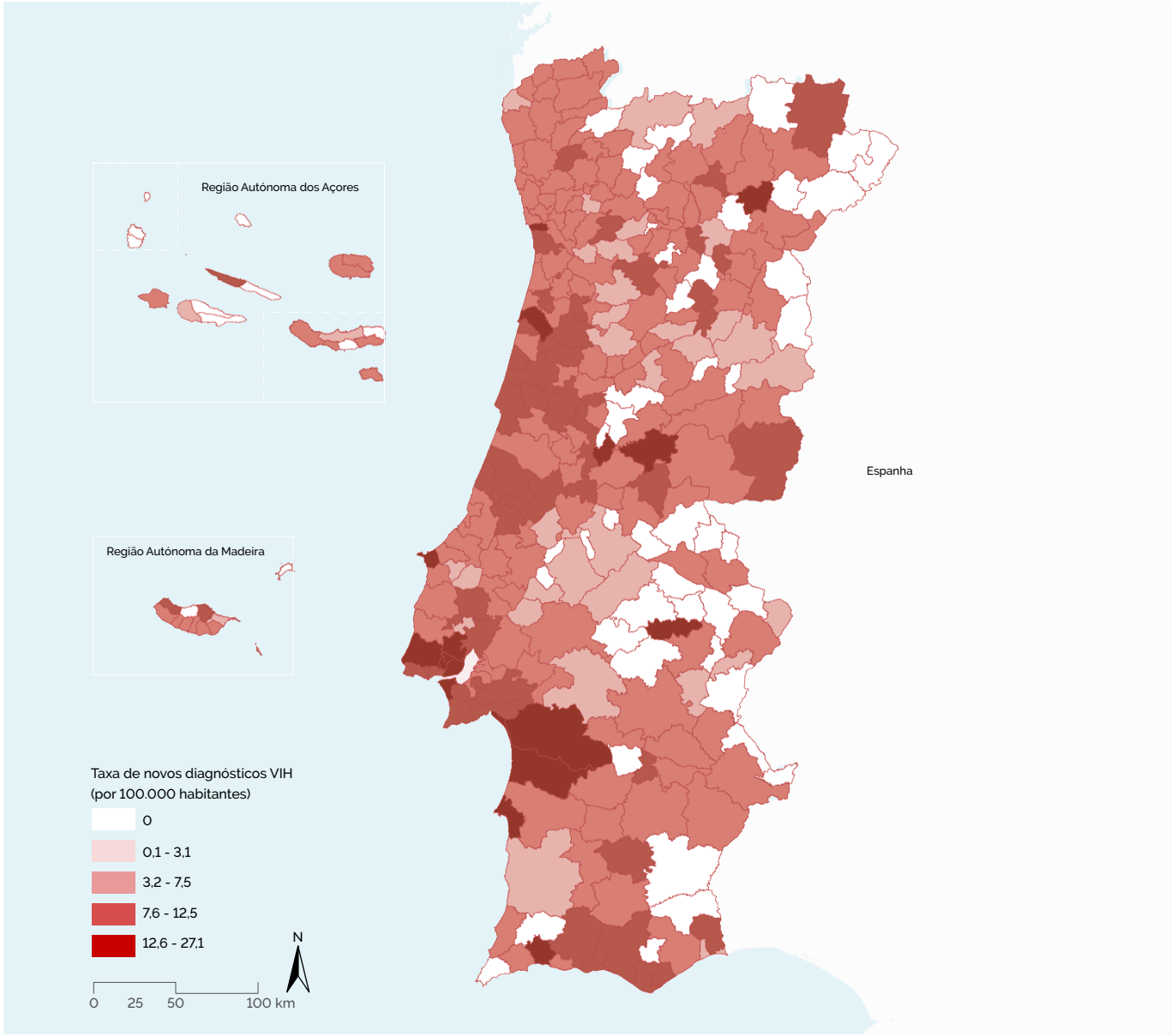
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 12. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2021-2025) por região NUTS III de residência.

Os distritos com maior número acumulado de casos notificados de infeção por VIH em residentes, em todo o período e também na última década são, por ordem decrescente, Lisboa (n=28 433), Porto (n= 12 675) e Setúbal (n=7 493) (Quadro 21). Por outro lado, Portalegre (n=240), Guarda (n=244) e Bragança (n=280) continuam a ser, por esta ordem, os distritos do país com menor número de casos acumulados.

Entre 2016 e 2025, a taxa anual de novos diagnósticos VIH mais elevada foi sempre observada no distrito de Lisboa. No último quinquénio, o distrito de Lisboa registou uma taxa média de 15,5 casos/10^5 habitantes. O distrito de Setúbal com taxa média de 11,2 casos/10^5 habitantes e o de Faro com taxa média de 8,5 casos/10^5 habitantes foram, respetivamente o segundo e terceiro com as taxas mais elevadas. As taxas mais baixas foram registadas nos distritos de Portalegre (2,6 casos/10^5 habitantes), Guarda (3,2 casos/10^5 habitantes) e Évora (3,5 casos/10^5 habitantes).

Foram também apuradas as taxas de novos diagnósticos de infeção por VIH ao nível dos concelhos de residência, para o período 2021-2025 (Figura 13).



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 13. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2021-2025) por concelho de residência.

No quadro 22 são apresentados os resultados para os 27 municípios que, no período em análise, apresentaram uma taxa média de novos diagnósticos superior à taxa média nacional (9,2 casos/10^5 habitantes). Para essa análise foram considerados apenas os concelhos que entre 2016 e 2025 contabilizaram um número superior a 10 novos casos.

O concelho que apresentou a taxa média mais elevada foi o da Amadora (27,1 casos/10^5 habitantes), seguindo-se o de Sintra (22,4 casos/10^5 habitantes) e o de Lisboa (17,7 casos/10^5 habitantes). Destacam-se ainda os concelhos de Grândola e Sines que, embora com um reduzido número de casos no período comparativamente ao dos anteriores, apresentaram taxas médias de novos diagnósticos de aproximadamente o dobro da taxa média nacional.

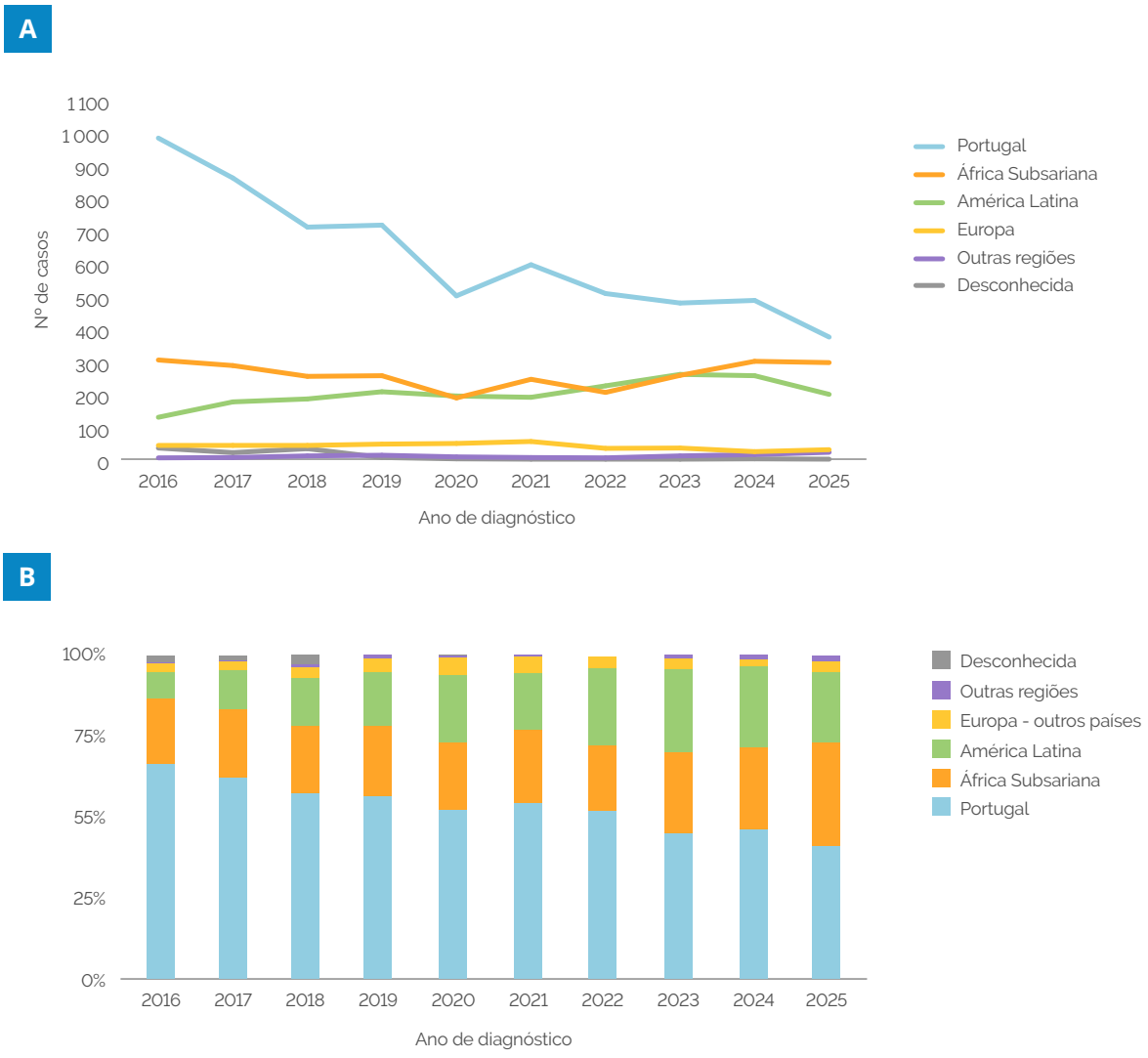
Os valores apurados poderão sofrer alterações devido a atraso na notificação, que previsivelmente terá maior impacto nos resultados da análise a um nível geográfico mais granular.

Origem geográfica

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

Nos últimos dez anos registou-se um decréscimo acentuado do número de casos em pessoas nascidas em Portugal e um aumento de casos em pessoas com origem em países da América Latina (Figura 14). Quando comparados os números de casos com diagnóstico em 2016 e em 2025 estas variações correspondem, respetivamente, a -62% e a +55%. Verifica-se ainda que o número de casos em pessoas oriundas de regiões fora da Europa quadruplicou no período, embora com valores reduzidos comparativamente com os observados para as restantes regiões.

A distribuição percentual revela que a proporção de novos casos em indivíduos naturais ou nacionais de outros países teve um aumento contínuo ao longo da última década. Enquanto em 2016 correspondiam a 32,7% do total de casos com informação, em 2025 constituíram a maioria, 59,3%, dos casos diagnosticados.



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

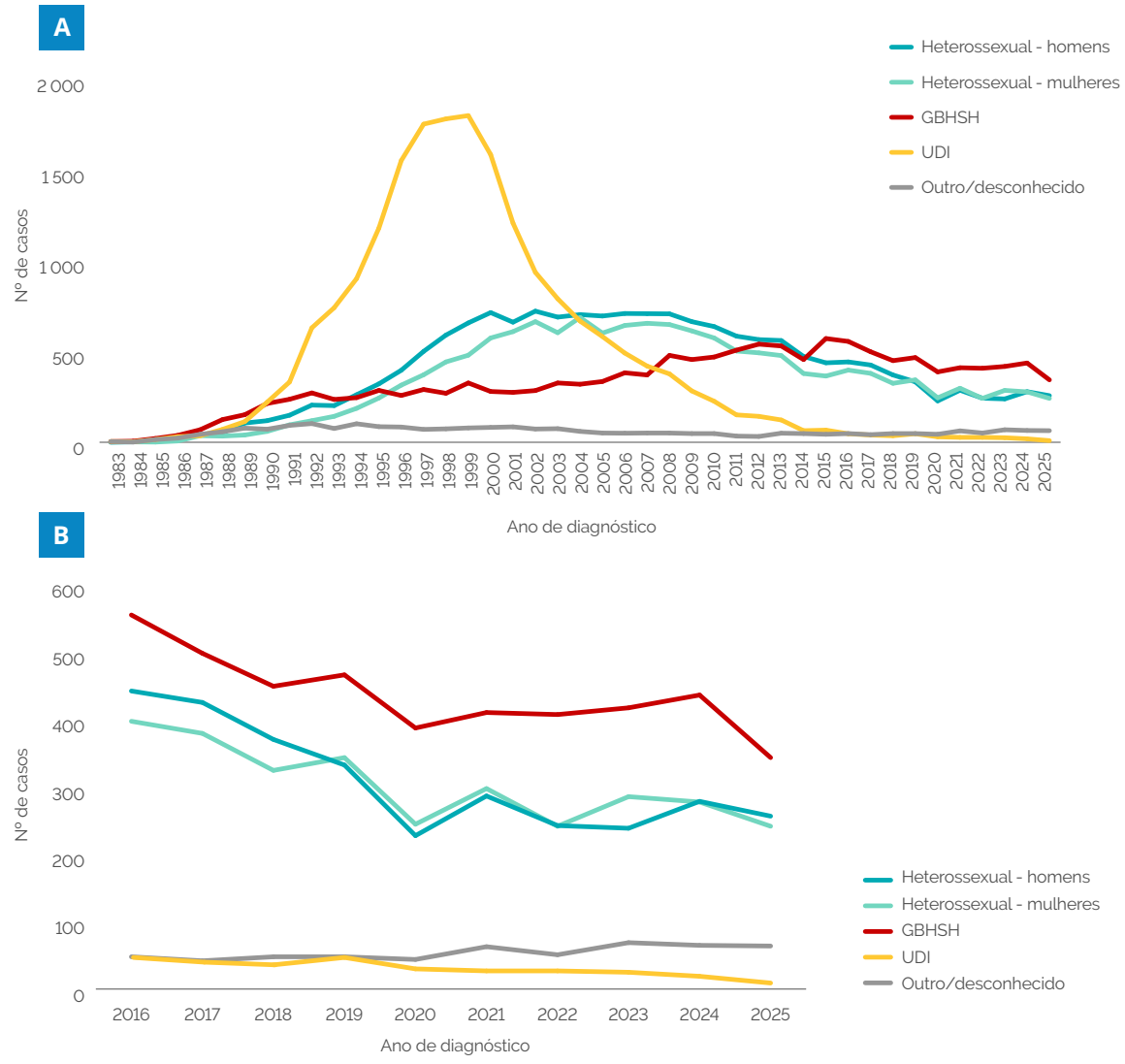
Figura 14. Casos de infeção por VIH (2016-2025): distribuição (n) (**A**) e (%) (**B**) de acordo com origem geográfica e ano de diagnóstico.

Modo de transmissão

No total acumulado de casos de infeção por VIH, com diagnóstico em Portugal, predominam os casos de transmissão por via sexual (67,4%; 45 725/67 822), contudo, esse predomínio é consideravelmente mais expressivo quando considerados apenas os casos com diagnóstico na última década (92,5%; 10 522/11 369). Em 46,7% do total de casos as relações heterossexuais foram indicadas como forma mais provável de aquisição da infeção por VIH, sendo esta a forma de transmissão mais frequente nos casos com diagnóstico entre 2016 e 2025 (54,0%; 6 144/11 369). As relações sexuais entre homens foram associadas à aquisição do VIH em 20,7% dos casos diagnosticados até 31/12/2025, mas estão referidas em 38,5% (4 378/11 369) dos casos diagnosticados no país entre 2016 e 2025 (Quadro 23). Os casos de transmissão associada ao consumo de drogas injetadas formam a segunda maior fração do total acumulado (28,9%), no entanto, apenas constituem 2,7% (307/11 369) dos casos em que o diagnóstico ocorreu nos últimos dez anos.

A estratificação por sexo revela que, embora a proporção mais elevada dos casos acumulados de infeção por VIH em pessoas do sexo masculino consista em casos de transmissão heterossexual (34,8%; 16 983/48 848), a maioria dos casos reportados, com diagnóstico entre 2016 e 2025, correspondem a GBHSH (54,1%; 4 378/8 095). Relativamente aos casos do sexo feminino, estes são maioritariamente de transmissão heterossexual tanto nos casos acumulados (77,7%; 14 720/18 933), como nos que tiveram diagnóstico na década mais recente (93,3%; 3 038/3 255). O consumo de drogas injetadas esteve associado a 28,9% do total de casos acumulados e destes, a 33,0% do total de casos em homens e a 18,0% do total de casos em mulheres. No último decénio, essas proporções desceram significativamente para, respetivamente, 3,2% (258/8 095) e 1,5% (49/3 255).

Os modos de transmissão mais frequentes sofreram grandes variações ao longo das quatro décadas da epidemia VIH em Portugal (Figura 15). Os casos associados ao consumo de drogas injetadas tiveram um aumento muito acentuado até 1999, seguido de um decréscimo acelerado e contínuo, que se situou em 81% entre 2016 e 2025. Os casos de transmissão heterossexual registaram uma descida contínua desde 2008 para ambos os sexos, que na última década consistiu em 42% e 39%, respetivamente, para os casos em homens e em mulheres que referem essa forma de transmissão. Os diagnósticos em GBHSH apresentaram uma tendência crescente entre 2005 e 2012 e o maior número de diagnósticos ocorreu em 2015 (n=572). Verificou-se um decréscimo de 38% entre o número de casos em GBHSH diagnosticados em 2016 e em 2025.



Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 15. Casos de infeção por VIH, distribuição segundo a forma de transmissão e ano de diagnóstico: período 1983 a 2025 (**A**); período de 2016 a 2025 (**B**).

Tipo de vírus

Nos casos com diagnóstico em Portugal predominam largamente as infeções por VIH 1, que constituem a 95,5% do total dos casos acumulados e 96,2% (10 938/11 369) dos casos com diagnóstico entre 2016 e 2025. As infeções por VIH 2 constituem 3,2% do total de casos e 2,7% (312/11 369) dos casos da última década (Quadro 24). 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.

Em Portugal, o total acumulado de casos de infeção por VIH 2 é de 2 191 casos e desde a década de 80 que ocorrem, anualmente, novos diagnósticos de infeções por este tipo de vírus. Entre 2016 e 2025 foram diagnosticados 312 casos de infeção por este vírus, 65,5% dos quais em mulheres, em 67,3% dos casos a idade era igual ou superior a 50 anos. A maioria (63,8%) residia na Grande Lisboa, 72,8% eram oriundos da África Subsariana e desses, 84,1% eram naturais da Guiné-Bissau. Referiam transmissão heterossexual 92,0% dos indivíduos com infeção por VIH 2 e na primeira avaliação clínica 69,2% dos casos estavam assintomáticos, enquanto 13,5% tiveram um diagnóstico de SIDA concomitante com o diagnóstico de infeção. No período em análise foram notificados 80 óbitos em pessoas que viviam com VIH 2.

Estádio clínico inicial

Segundo a definição de caso de infeção por VIH e de SIDA em vigor na UE e no país[5,6], para efeitos de vigilância epidemiológica o estádio clínico dos casos de infeção por VIH baseia-se exclusivamente em critérios clínicos, nomeadamente a presença ou ausência de sintomas e o eventual diagnóstico de uma doença definidora de SIDA, não incluindo por isso o critério imunológico, ou seja, os valores das contagens de células TCD4+.

A informação relativa ao estádio clínico apurado na primeira avaliação é recolhida desde a implementação do sistema de vigilância nacional para a infeção por VIH e SIDA. Os resultados da análise dessa informação mostraram que em 58,6% dos casos acumulados (39 756/67 822) o diagnóstico ocorreu na fase assintomática da infeção e que em 24,1% (16 372/67 822) dos casos este foi concomitante com um diagnóstico de SIDA (Quadro 25). Comparativamente, verifica-se que quando são analisados apenas os diagnósticos ocorridos na última década, a proporção de casos assintomáticos aumenta para 62,6% (7 116/11 369) e a de casos com diagnóstico concomitante de SIDA decresce para 15,0% (1 700/11 369).

Diagnósticos tardios

A informação relativa ao valor das contagens de CD_4 da primeira avaliação laboratorial é de conhecida importância, tendo permitido identificar os casos de diagnóstico e/ou apresentação tardia aos cuidados de saúde, quando com valores <350 células/mm^3 ou, se <200 células/mm^3, de doença avançada[3]. Os critérios usados nesta classificação foram, como referido anteriormente, recentemente revistos[4], de modo a considerarem outros eventos clínicos e resultados laboratoriais, nomeadamente, as seroconversões recentes e/ou as síndromes retrovirais agudas, bem como o diagnóstico concomitante de estádio SIDA, que permitem infirmar ou confirmar diagnósticos tardios, independentemente dos valores de CD_4.

Um estudo recente, com a participação de Portugal, avaliou o impacto da utilização desta nova definição nos valores obtidos para as percentagens de diagnósticos tardios[9]. A utilização da definição revista reduziu a proporção classificada como diagnósticos tardios de 56% para 50%. Embora a magnitude dessa correção tenha variado entre os países, indo de 3% a 25%, transversalmente a correção foi mais expressiva entre pessoas mais jovens e em GBHSH; nesse grupo, até 28% daqueles classificados como casos de diagnóstico tardio, apenas com base nos valores das contagens de CD_4, foram, provavelmente, diagnosticados durante a fase de infeção

aguda. A utilização da nova definição permite assim aos países identificar de forma mais precisa os casos em que o diagnóstico da infeção é verdadeiramente tardio, pelo que se adota exclusivamente na vigilância nacional, sendo abandonada a definição anterior baseada apenas nos valores das contagens iniciais de CD4.

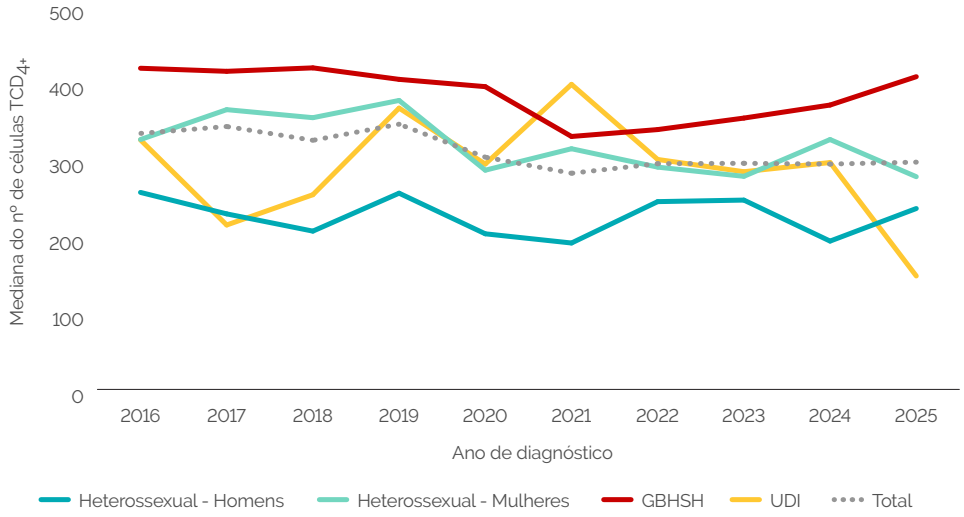
A figura 16 apresenta as tendências temporais das percentagens anuais de casos com critério de diagnóstico tardio segundo a definição atualizada, bem como os casos com doença avançada. Em ambos os critérios, verifica-se que os valores são mais elevados desde 2019, comparativamente aos anos antecedentes, atingindo as proporções máximas em 2020.



Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 16. Casos de infeção por VIH (2016-2025): evolução nas proporções de casos com diagnóstico tardio e doença avançada ao diagnóstico.

Após exclusão dos casos com infeção aguda e com idades inferiores a 15 anos, as medianas dos valores das contagens iniciais de CD4, entre 2016 e 2025, desagregadas por modo de transmissão, revelaram-se consistentemente mais baixas nos casos de transmissão heterossexual em homens, que apresentaram valores de contagem de CD4 sempre inferiores a 300 células/mm^3. Inversamente, os casos referentes a GBHSH apresentaram, para a maioria dos anos, as medianas mais elevadas, contudo, observa-se uma tendência ligeiramente decrescente até 2021, ano a partir do qual se verifica recuperação (Figura 17). Os valores e as tendências observados para os casos de UDI estão condicionados pelo reduzido número anual de diagnósticos que referem este modo de transmissão pelo que deverão ser interpretados com prudência.



Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 17. Casos de infeção por VIH (2016-2025): tendências temporais das medianas dos valores das contagens de células $TCD4_+$ à data de diagnóstico, para o total de casos e para as principais formas de transmissão.

Casos de infeção por VIH em crianças

Até 31 de dezembro de 2025 foram notificados 783 casos de infeção por VIH em crianças com idade, à data do diagnóstico, inferior a 15 anos, 645 dos quais diagnosticados em Portugal. Importa realçar que apenas 6,2% (40/645) do total de casos de transmissão vertical foram diagnosticados nos últimos dez anos e que, tal como noutros países, as medidas implementadas em Portugal para a prevenção da transmissão vertical do VIH tiveram muito sucesso.

O quadro 26 apresenta o resumo das características dos casos pediátricos notificados, com diagnóstico em Portugal. Constata-se que uma discreta maioria dessas crianças é do sexo feminino (51,0%; 329/645), que os diagnósticos ocorreram com mais frequência (45,7%; 295/645) no primeiro ano de vida, que à data da notificação viviam na Grande Lisboa 47,9% (309/645) das crianças, que 74,0% (477/645) nasceram em Portugal e que em 78,8% (508/645) a transmissão ocorreu da mãe-filho.

Transmissão vertical de VIH

O sistema de vigilância epidemiológica nacional regista apenas os casos de infeção já confirmados, não recolhendo informações sobre o número de crianças nascidas de mães com infeção por VIH.

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

Tal como no ano transato, o GTVIHC disponibilizou informação relativa ao número de crianças nascidas em Portugal entre 2016 e 2025, 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 27.

Quadro 27. Crianças nascidas de mães que vivem com VIH (2016-2025): distribuição segundo o ano de nascimento, tipo de vírus da infeção materna, número de crianças infetadas e taxa de transmissão.

Características	Ano de nascimento									
	2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
Crianças nascidas de mães VIH+ (n)	217	225	266	219	202	176	228	222	219	259
Risco para VIH 1	205	217	255	208	191	172	220	215	212	253
Risco para VIH 2	12	12	11	8	11	3	5	5	7	6
Risco para VIH 1 e VIH 2	0	0	0	3	0	1	3	2	0	0
Crianças infetadas (n)	2	1	1	0	2	1	2	2	1	0
Taxa de transmissão mãe-filho (%)	1,5	0,5	0,4	0,0	1,0	0,6	1,0	0,9	0,5	0,0

Fonte: Grupo de Trabalho sobre infeção por VIH na Criança - 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.

Entre 2016 e 2025 nasceram em Portugal 2 233 crianças filhas de mães com infeção por VIH, tendo esta infeção sido transmitida a apenas 12 crianças (0,5%), de acordo com a informação disponibilizada. 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 1,0 % em oito dos dez anos. Na década em análise, não foram diagnosticados quaisquer casos de transmissão vertical de VIH nas crianças nascidas em 2019 e em 2025. No entanto, alguns recém-nascidos abandonam o seguimento antes do fim do período preconizado, permanecendo desconhecido o seu *outcome*. Em 2025, esta situação verificou-se com nove recém-nascidos de mães originárias de países estrangeiros, a maioria de países africanos PALOP.

As informações disponibilizadas pelo GTVIHC referentes às características das mães infetadas, revelam que, desde 2017, predominam as de nacionalidades estrangeiras, maioritariamente de países africanos, mais especificamente dos de língua oficial portuguesa.

Relativamente às mães de crianças nascidas em 2025, apenas 23,0% tinham nascido em Portugal, 63,0% eram multíparas e em 75,4% a infeção por VIH foi diagnosticada antes da gravidez. É ainda conhecido que 76,9% das mães tiveram um seguimento clínico da gravidez adequado, 95,0% fizeram algum tipo de terapêutica antirretroviral, 89,5% com terapêutica tripla, e 86% tinham cargas virais <1000 cópias/mL à data do parto, em 72,0% a virémia era mesmo indetetável. Nos casos em que o diagnóstico materno ocorreu durante a gravidez, 86,0% eram mulheres de origem africana e 31,5% viviam em Portugal há um ano ou menos. Ocorreram quatro diagnósticos maternos durante o parto, todos em mulheres africanas, três das quais sem qualquer seguimento durante a gravidez.

I.2.2. Casos de SIDA

De acordo com o enquadramento legal vigente existe a obrigatoriedade de notificação dos casos de SIDA, cuja definição de caso[5-7] integra como requisito a presença de uma doença ou condição definidora de SIDA.

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

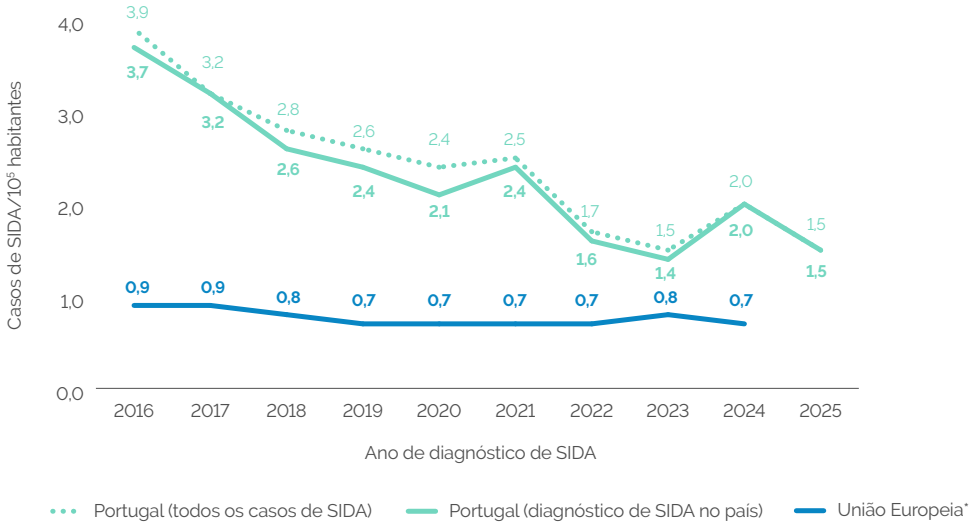
Até 31 de dezembro de 2025, foram diagnosticados 24 559 casos de SIDA, em 24 216 dos quais o diagnóstico do estádio ocorreu em Portugal. Em 16 436 destes casos (67,9%) o diagnóstico do estádio SIDA ocorreu em simultâneo com o diagnóstico da infeção por VIH.

Distribuição temporal

A distribuição dos casos de SIDA por ano de diagnóstico da doença ou condição definidora de SIDA, para o total de casos e para os casos que têm diagnóstico em Portugal, é apresentada no quadro 28. Em 1999 verificou-se o número mais elevado de diagnósticos de SIDA em Portugal, observando-se uma tendência decrescente a partir de 2003. A comparação do número de casos de SIDA com diagnóstico nos anos 2016 e 2025 revela uma redução de 55%. Na última década foram diagnosticados 2 465 casos de SIDA que correspondem a 10,2% do total de casos de SIDA acumulado.

À semelhança do referido para as tendências temporais observadas nos casos de infeção 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.

A tendência decrescente na incidência de casos de SIDA, consubstancia-se numa redução de 59% quando comparada a incidência apurada para os anos 2016 e 2025, respetivamente 3,7 casos/10^5 habitantes e 1,5 casos/10^5 habitantes. 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 europeia[10] (Figura 18).



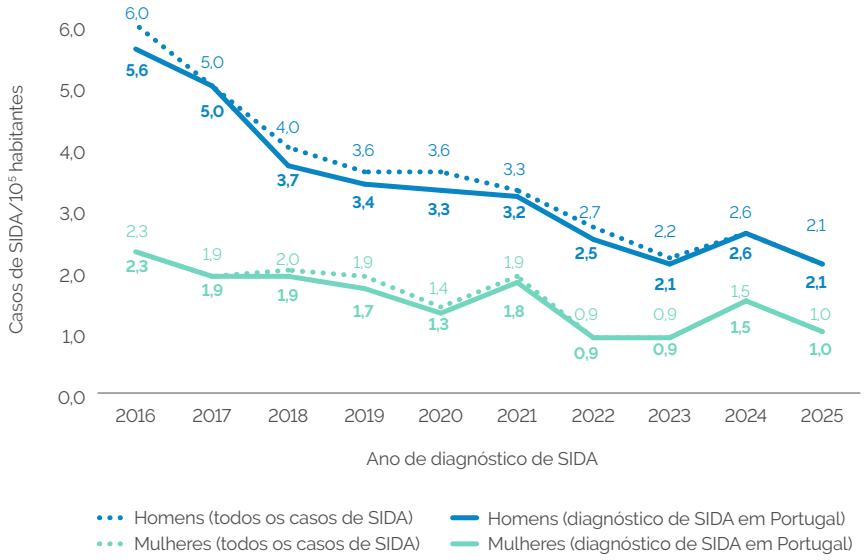
*WHO Europe/ECDC. HIV/*AIDS surveillance in Europe report*, 2025 (2024 data).
Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 18. Casos de SIDA (2016-2025): 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 (78,0%; 18 900/24 216) e a razão H/M calculada para o total de casos é de 3,6 (Quadro 28). Estão registados seis casos de SIDA em pessoas transgénero, com diagnóstico em décadas anteriores.

O número de casos de SIDA em indivíduos do sexo masculino apresenta tendência decrescente a partir de 2003, enquanto nos casos em mulheres essa tendência só se registou a partir de 2010, após um período de estabilização. O número de casos de SIDA com diagnóstico em Portugal em 2025 mostra redução de 57% para os casos em homens e de 50% para os casos em mulheres, quando comparado com o número de casos com diagnóstico em 2016. A comparação das taxas de incidência de SIDA registadas nos mesmos anos, em ambos os sexos, revela um decréscimo de 62% para o sexo masculino e 56% para o feminino (Figura 19). Nos anos mais recentes verificaram-se algumas oscilações na incidência de SIDA em ambos os sexos.



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 19. Casos de SIDA (2016-2025): taxa de novos casos por ano de diagnóstico do estádio e sexo.

Idade ao diagnóstico de SIDA

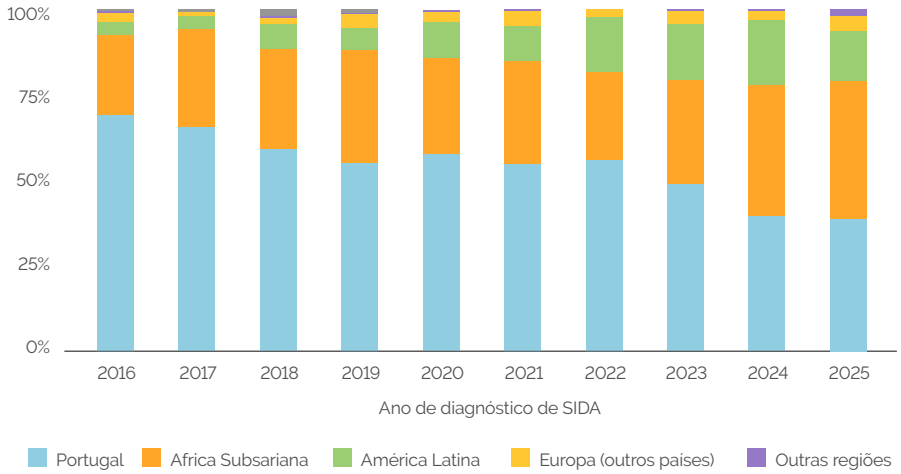
Embora 56,4% dos casos de SIDA acumulados tenham ocorrido em pessoas com idades entre os 20 e os 39 anos, em 65,8% (1 623/2 465) dos casos com diagnóstico de SIDA entre 2016 e 2025 a idade ao diagnóstico do estádio era igual ou superior a 40 anos (Quadro 29). A mediana das idades ao diagnóstico de SIDA para o total dos casos da década mais recente foi de 45,0 anos (P25-75: 36,0-54,0). 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 2016 e 2025, incluindo os valores das respetivas medianas das idades, cujos valores foram idênticos para ambos os sexos e iguais ao valor apurado para o total dos casos.

Distribuição geográfica

O padrão de distribuição dos casos de SIDA, segundo o distrito de residência à data da notificação do estádio, é idêntico ao observado para o total dos casos de infeção por VIH, com os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal a registarem, cumulativamente e para a maioria dos anos, o maior número de casos, seguidos de Faro, Aveiro e Braga (Quadro 30). Na década de 2016 a 2025, foi no distrito de Lisboa que se registou a taxa média de diagnósticos de SIDA mais elevada, 4,1 casos/10^5 habitantes, seguindo-se os distritos de Setúbal (3,1 casos/10^5habitantes), Faro (2,5 casos/10^5 habitantes) e ainda, Aveiro e Porto (2,0 casos/10^5 habitantes).

Origem geográfica

A proporção de casos SIDA em indivíduos nascidos em Portugal foi maioritária até 2022, ano a partir do qual os casos em pessoas oriundas de outros países tornaram-se predominantes, consistindo em 61,1% dos casos com diagnóstico do estádio em 2025 (Figura 20).



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 20. Casos de SIDA (2016-2025): 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 (42,6%; 10 310), no entanto, na estratificação por sexo constata-se que para os homens são os casos associados ao consumo de drogas injetadas que atingem o valor mais elevado (43,3%; 8 184/18 900) (Quadro 31).

Entre os anos 2016 e 2025, foram diagnosticados em Portugal 2 465 casos de SIDA, dos quais 64,9% (n=1 600) ocorreram em pessoas infetadas por contacto heterossexual, 19,8% (n=488) em GBHSH e 8,9% (n=219) em UDI. A análise comparativa do número de casos nessas três categorias com diagnóstico em 2016 e em 2025, mostrou que a frequência de diagnóstico de SIDA foi decrescente em todas elas, observando-se a maior redução nos casos em UDI (80%), seguida dos casos em GBHSH (62%) e dos casos de transmissão heterossexual (54%).

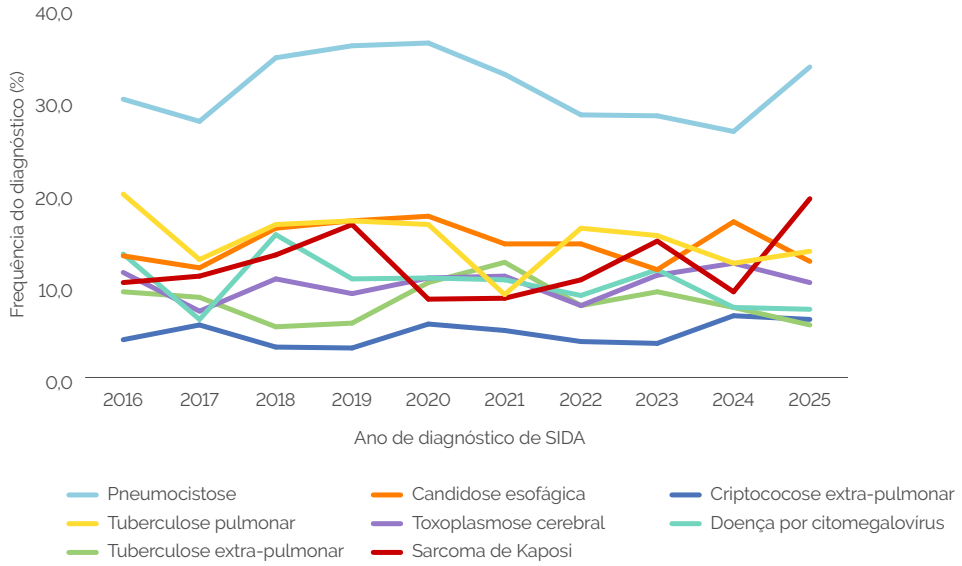
Doenças definidoras de SIDA

A lista das doenças ou condições definidoras de SIDA, segundo a publicação de 1993, consta do Anexo VI 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 2016 e 2025 foram a pneumocistose (31,5%; 776/2 465), seguida pela tuberculose pulmonar (15,2%; 374/2 465) e pela candi-

dose esofágica (14,6%; 359/2 465). Entre 2016 e 2025 a proporção de casos de SIDA que referiam o diagnóstico de pneumocistose manteve-se superior à das restantes patologias em todos os anos (Figura 21).



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

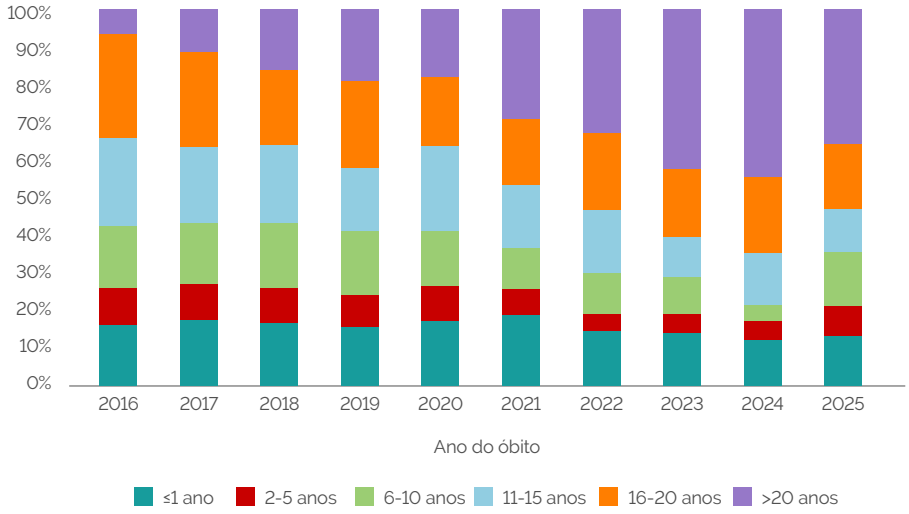
Figura 21. Doenças definidoras de SIDA mais comuns (2016-2025): tendências temporais na frequência de diagnóstico.

I.2.3. Óbitos em pessoas que viviam com VIH

Em Portugal, foram notificados 16 185 óbitos que ocorreram, entre 1983 e 2025, em pessoas que viviam com infeção por VIH, dos quais 11 368 registaram-se em casos que atingiram o estádio SIDA (Quadro 32). Na interpretação destes números deve ser tida em conta a subnotificação dos óbitos, limitação que é conhecida.

A distribuição dos óbitos notificados por ano, sexo e modo de transmissão, revela que o maior número de mortes ocorreu em homens (13 094; 80,9%) e em UDI (7 656; 47,3%) (Quadro 33). Nos últimos dez anos foram registados 2 138 óbitos, 74,9% em homens e 25,1% em mulheres, e a idade mediana ao óbito foi 56, 0 anos (P25-75: 48,0–67,0). A maioria dos óbitos ocorreu em casos de transmissão heterossexual (54,9%), enquanto os óbitos em UDI e GBHSH corresponderam, respetivamente, a 31,0% e 11,2% do total registado na década.

Nos quatro anos mais recentes, a maioria dos óbitos registou-se em pessoas que viviam com VIH em que o diagnóstico tinha ocorrido há mais de quinze anos, verificando-se ainda um aumento gradual da proporção de óbitos registados em pessoas com diagnóstico de infeção VIH há mais de 20 anos (Figura 22). A disponibilização de fármacos altamente eficazes, com permanente inovação, incluindo de esquemas terapêuticos mais simples que facilitam a adesão terapêutica, foi determinante para o aumento da sobrevida das pessoas que vivem com VIH (PVVIH). Não obstante esta evolução positiva, observa-se anualmente uma proporção de 20% de óbitos que ocorreram nos cinco anos subsequentes ao diagnóstico da infeção por VIH.



Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Figura 22. Óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH notificados (2016-2025): distribuição (%) do tempo entre o diagnóstico e a morte, por ano de morte.

I.3. Pessoas que vivem com VIH em Portugal

Estimativas nacionais para 2024

A infeção por VIH tem um curso assintomático que contribui para que muitas pessoas infetadas o desconheçam. As consequências negativas de um diagnóstico tardio na saúde individual, bem como a probabilidade de disseminação da infeção no período que precede o diagnóstico, fazem com que o conhecimento da dimensão e características das PVVIH, em Portugal, não diagnosticadas, seja da maior importância para adequação das iniciativas dirigidas ao diagnóstico e à prevenção. A informação é ainda necessária para a monitorização do primeiro dos três objetivos 95-95-95 definidos pela ONUSIDA, tendo 2030 como horizonte temporal para a sua concretização.

Assim, é essencial conhecer a prevalência e incidência da infeção por VIH na população residente no país, bem como a proporção de pessoas que vivem com VIH não diagnosticadas. Essas medidas podem ser estimadas com recurso a modelos matemáticos, tendo Portugal adotado para o efeito o modelo disponibilizado pelo ECDC, *HIV Modelling Tool*[10]. Este modelo usa os dados obtidos na vigilância epidemiológica de rotina para efetuar as estimativas da prevalência, incidência, fração não diagnosticada e tempo para o diagnóstico (tempo decorrido entre a infeção e o diagnóstico), especificamente para a infeção por VIH-1.

Nos exercícios de modelação efetuados até à data em Portugal tem sido aplicada uma estratégia de ajustamento dos dados da vigilância epidemiológica, descrita anteriormente[10], de modo a reduzir o impacto que a subnotificação dos óbitos e as saídas do país não comunicadas podem ter nas estimativas de prevalência,

Uma vez que os dados epidemiológicos nacionais referentes a 2025 não se encontram ainda consolidados, foram realizadas estimativas para o ano 2024. Os resultados obtidos e apresentados no quadro 34 indicam que em Portugal, no final de 2024, existiriam 51 386 PVVIH (50 317-52 548), o que corresponde a uma prevalência nacional de 0,5% (0,4-0,5%). Foi ainda estimado que o número de infeções por VIH não diagnosticadas ascenderia a 2 576 (2 090-3 226), o que equivale a 5,0% (4,2%-6,1%) do total das PVVIH que viviam em Portugal no final desse ano.

Quadro 34. Resultados das estimativas nacionais para o ano 2024: total e por modo de transmissão.

	TOTAL	Heterossexual-Homens	Heterossexual-Mulheres	GBHSH	UDI
PVVIH (n)	**51 386 (50 317-52 548)**	12 689 (12 179-13 354)	13 250 (12 764-14 019)	14 469 (14 046-15 019)	9 701 (9 497-10 058)
PVVIH diagnosticadas (n)	**48 810 (48 227-49 322)**	11 794 (11 532-12 053)	12 338 (12 114-12 616)	13 781 (13 535-14 025)	9 621 (9 423-9 950)
PVVIH não diagnosticadas (n)	**2 576 (2 090-3 226)**	895 (647-1301)	912 (650-1403)	688 (511-994)	80 (74-108)
PVVIH não diagnosticadas (%)	**5,0 (4,2-6,1)**	7,0 (5,3-9,7)	6,7 (5,1-10,0)	4,8 (3,6-6,6)	0,8 (0,8-1,1)
Nº novas infeções ocorridas em 2024 (n)	**398 (190-659)**	95 (16-278)	116 (36-320)	235 (145-358)	5 (5-16)
Tempo para o diagnóstico (anos)	**3,4 (3,1-3,9)**	4,8 (4,2-5,6)	4,3 (3,7-5,1)	2,2 (1,9-2,6)	3,8 (3,6-3,9)

Legenda: PVVIH- pessoas que vivem com VIH; GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Estimou-se ainda que terão ocorrido, em Portugal, 398 (190-659) novas infeções por VIH-1 durante o ano 2024, o que corresponde uma incidência estimada de 3,5 (1,7-5,8) novas infeções/10^5 habitantes.

Da aplicação do modelo foi também possível estimar o tempo médio decorrido entre a infeção por VIH e o seu diagnóstico, que em 2024 foi de 3,4 anos (3,1-3,9 anos).

Para além das estimativas para o total nacional, são também efetuadas estimativas desagregadas para as formas de transmissão mais frequentes que permitem um conhecimento mais granular necessário para informar a intervenção junto de populações em maior risco. Os resultados são também apresentados no quadro 34, onde é possível verificar que vivem com VIH em Portugal um número equivalente de homens e mulheres que adquiriram a infeção por relações heterossexuais e que no seu conjunto constituem a maioria das PVVIH no país. Como em exercícios anteriores, observaram-se diferenças marcadas ao nível da fração não diagnosticada, a mais elevada das quais (7,0%) foi encontrada para os casos em homens que adquiriram a infeção por contacto heterossexual e a menor foi encontrada para os UDI (0,8%). Estimou-se que em 2024 o maior número de infeções tenha ocorrido entre os GBHSH (n=235) que, no entanto, apresentaram a estimativa mais baixa para o tempo entre a infeção e o diagnóstico, 2,2 anos (1,9-2,6 anos). Os diagnósticos mais tardios ocorrem entre os homens que adquirem a infeção por contacto heterossexual, 4,8 anos (4,2-5,6 anos), achado que é consonante com as evidências atrás descritas relativas à percentagem de diagnósticos tardios encontrada para esse grupo.

Os resultados obtidos mostram que, em 2024, em Portugal 95,0% das pessoas que vivem com VIH (PVVIH) conheciam a sua infeção, sendo atingido o primeiro objetivo da ONUSIDA. No que se refere às principais subpopulações, de acordo com a forma de transmissão, constatou-se que o objetivo dos 95% de PVVIH diagnosticadas foi atingido para os GBHSH e UDI, e que mais de 90% das PVVIH que adquiriram a infeção por contacto heterossexual também já conhecem o seu diagnóstico.

Capítulo II

Resposta Nacional à Infeção por VIH

II.1. Prevenção

A prevenção da infeção por VIH assenta numa abordagem de prevenção combinada, que conjuga intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais para maximizar a redução da transmissão. Neste contexto, destacam-se a utilização consistente do preservativo, o Programa Troca de Seringas (PTS), essencial na prevenção da transmissão entre pessoas que usam drogas injetáveis, e o acesso à profilaxia pré-exposição (PrEP) e à profilaxia pós-exposição (PPE), estratégias comprovadamente eficazes na prevenção da infeção. Paralelamente, a promoção da testagem regular para o VIH é fundamental para o diagnóstico precoce, permitindo o início atempado do tratamento e a interrupção das cadeias de transmissão. As campanhas de informação, sensibilização e literacia em saúde complementam estas medidas, contribuindo para o aumento do conhecimento sobre o VIH, a adoção de comportamentos preventivos e a redução do estigma e da discriminação associados à infeção.

Neste sentido, o País manteve o investimento e a otimização dos programas de prevenção dirigidos à população em geral e, em particular, às populações-chave, nomeadamente através da disponibilização gratuita de materiais preventivos, do PTS, da expansão da PrEP e da PPE.

II.1.1. Acesso a materiais preventivos

O PNISTVIH assegurou a distribuição de 5 631 987 preservativos (5 462 887 externos/masculinos e 169 100 internos/femininos) e de 1 947 800 embalagens de gel lubrificante em 2025. A distribuição de preservativos registou uma diminuição de 14,8%, comparativamente a 2024. Já a distribuição de gel lubrificante registou um aumento de 7,9%, comparativamente a 2024 (Quadro 35).

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

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), seguidos da população em geral e GBHSH. Os preservativos internos destinam-se maioritariamente a TS, seguidos da população em geral e estudantes. O gel lubrificante destina-se maioritariamente a TS, seguidos dos GBHSH e população em geral.

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. À semelhança de anos anteriores, em 2025, as ONG/OBC foram as entidades que efetuaram maior número de pedidos e em maior volume, seguidas dos estabelecimentos públicos de saúde.

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

O PTS, programa de redução de riscos e minimização de danos, tem contribuído significativamente para a redução da proporção de novos casos de infeção por VIH, em pessoas que utilizam drogas por via injetável. Desde a sua implementação em 1993, o PTS garantiu a distribuição de 65 909 382 seringas (Quadro 36), numa média anual de 2 026 426 seringas.

De 2015 a 2025, a média anual foi de 1 284 490 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.

Em 2025, o PTS distribuiu 962 680 seringas entre pessoas que utilizam drogas por via injetável, observando-se um decréscimo de 0,4%, comparativamente ao ano de 2024.

As Equipas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (ERRMD) foram responsáveis pela distribuição de 830 690 seringas, o que corresponde a 86,3% do total das seringas distribuídas. As farmácias associadas da Associação Nacional das Farmácias (ANF) e da Associação de Farmácias de Portugal (AFP) distribuíram 12,3% do total das seringas (n=118 382), As unidades de saúde dos CSP asseguraram a distribuição de 1,4% das seringas distribuídas em 2025 (n= 13 608), apenas em unidades dos cuidados de saúde primários (CSP) na Região da Madeira, verificando-se assim um aumento de 49% face a 2024.

Encontravam-se registadas 1 693 farmácias aderentes ao PTS, englobando farmácias associadas da ANF e da AFP. Das ERRMD, num total de 52, 6 foram 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 e APDES).

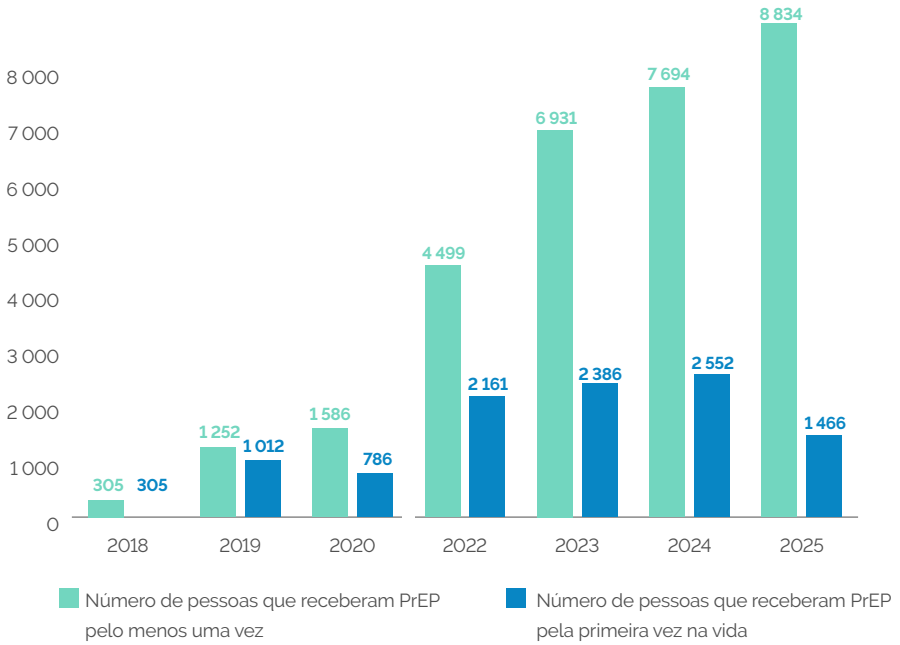
O PTS está disponível em todos os distritos de Portugal Continental, bem como nas duas regiões autónomas, sendo que apenas o distrito de Portalegre, à semelhança de anos anteriores, não registou distribuição de seringas. Os distritos que registaram maior número de seringas distribuídas foram o Porto (n=369 186), Lisboa (n=313 038) e Coimbra (n=116 178). Inversamente, os distritos onde se registaram o menor número de seringas distribuídas foram Guarda (n=802), Viana do Castelo (n=992) e Évora (1 336).

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 (PrEP) em contexto hospitalar

À semelhança de anos anteriores, o PNISTVIH recolheu informação referente aos indicadores da PrEP, definidos através das orientações do ECDC, junto das Unidades Locais de Saúde do território nacional continental e nas Regiões Autónomas, 32 responderam ao questionário, dos quais 9 referiram não ter consulta de PrEP e 24 informaram que a consulta de PrEP estava disponível, em 2025. Destes, 1 informou não ser possível disponibilizar os dados devido a constrangimentos informáticos que se foram verificando na instituição desde setembro de 2025.

As 23 unidades hospitalares (22 ULS e 1 RA) reportaram um total de 8 834 pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2025 e, destas, 1 466 pela primeira vez nesse ano, registando assim um aumento de 15% no número de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2025, em comparação com o ano de 2024 (Figura 23).

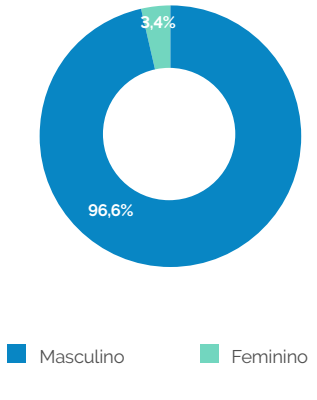


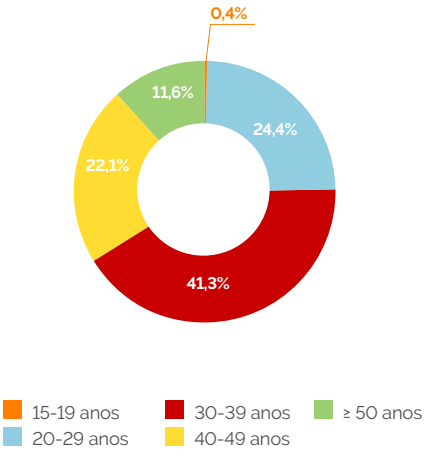
Fonte: DGS-PNISTVIH

Nota: Em 2021, não foram reoclhidos dados sobre PrEP em contexto hospitalar, devido à pandemia de COVID-19

Figura 23. Número de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar (2018-2025).

Do total de pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez nesse ano, na sua maioria são do sexo masculino (96,6%) (Figura 24). Quando se analisa a variável idade, verifica-se que a maior percentagem corresponde a pessoas com idades compreendidas entre 20 e 39 anos (65,7%). As pessoas com idades entre 40 e 49 anos corresponderam a 22,1% do total e, com menores percentagens, encontram-se as pessoas com cinquenta ou mais anos (11,7%) e entre 16 e 19 anos (0,4%) (Figura 25).





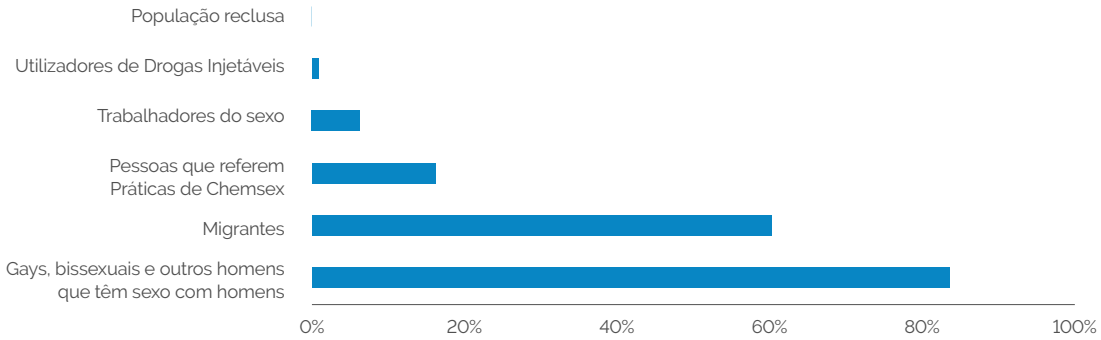
Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 24. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2025, por sexo.

Figura 25. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2025, por grupo etário.

Da informação desagregada por populações chave abrangidas, que a maioria (83,6%) dos utentes de PrEP são GBHSH, 60,2% são migrantes, 16,2% reportaram práticas de Chemsex, 6,2% identificaram-se como trabalhadores do sexo e 0,9% referiram consumo de drogas por via injetada (categorias não mutuamente exclusivas) (Figura 26).

A análise comparativa dos dados em relação ao ano de 2024, parece apontar para uma maior expressão de pessoas migrantes (40,7% em 2024) e em utentes que referem práticas de Chemsex (15,9%).



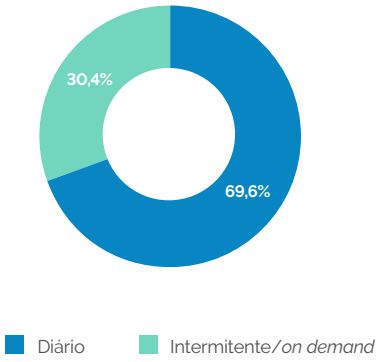
Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 26. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2025, por populações chave,

As respostas das ULS e das RA evidenciam uma expansão progressiva da utilização da PrEP, acompanhada por uma crescente diversificação dos perfis dos beneficiários, incluindo pessoas imigrantes, trabalhadores do sexo e pessoas envolvidas em práticas de Chemsex. Foi também salientada a necessidade de reforçar as intervenções de redução de riscos, nomeadamente no âmbito do consumo injetado em contexto de Chemsex e da articulação com equipas especializadas em comportamentos aditivos.

Persistem ainda desigualdades na acessibilidade à PrEP entre territórios. Algumas ULS não dispõem de consulta ou de oferta local de PrEP (Barcelos/Esposende, Entre Douro e Vouga, Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Médio Ave, Baixo Mondego, Estuário do Tejo, Médio Tejo, Oeste e Litoral Alentejano), dependendo da referenciação para outras unidades, sendo que a implementação da consulta continua por concretizar. Em relação aos esquemas terapêuticos, vários centros referem dificuldades na distinção entre utilização diária e em regime "on demand", uma vez que muitos utilizadores alternam entre ambos os regimes ao longo do ano.

Em 53,3% foi possível obter informação sobre o regime de PrEP, sendo que em 69,6% privilegia a toma diária contra 30,4% em que o regime é intermitente (*on-demand*) (Figura 27).



Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 27. Proporção de pessoas que receberam PrEP em contexto hospitalar, pelo menos uma vez em 2025, por regime de toma.

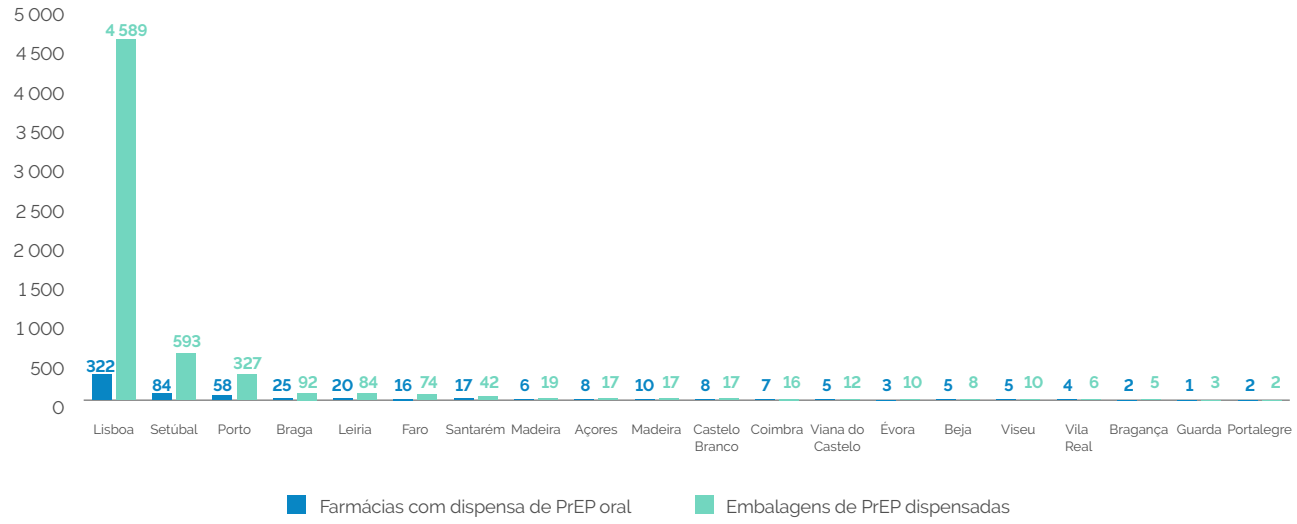
Globalmente, as respostas das ULS sugerem que a PrEP se encontra numa fase de consolidação e expansão em Portugal, mas que subsistem desafios relevantes relacionados com a equidade no acesso, a monitorização da atividade, a resposta às necessidades emergentes associadas ao Chemsex e a integração sistemática de estratégias de prevenção combinada e redução de riscos.

II.1.3.1 Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao abrigo da Portaria n.º 402/2023 de 4 de dezembro

A Portaria 402/2023 de 4 de dezembro[11] visa aumentar o acesso às consultas de PrEP, ao estabelecer um regime excecional de comparticipação para os medicamentos destinados à PrEP oral, possibilitando a disponibilização das consultas, para além do contexto hospitalar, nos CSP, em organizações de base comunitária sem fins lucrativos, e no setor privado, por diferentes especialidades médicas, para além da infeciologia.

A prescrição passa a estar integrada no sistema de Prescrição Eletrónica Médica (PEM), processo coordenado pela SPMS em articulação com a DGS, ACSS e INFARMED, encontrando-se em funcionamento desde início de julho de 2024.

Os dados disponibilizados pela ANF e AFP relativamente à dispensa da PrEP oral no contexto do regime excecional de comparticipação, informam que entre julho de 2024 e dezembro de 2025, 608 farmácias em todos os distritos de Portugal Continental e das RA dispensaram PrEP oral, num total de 5 943 embalagens (Figura 28).

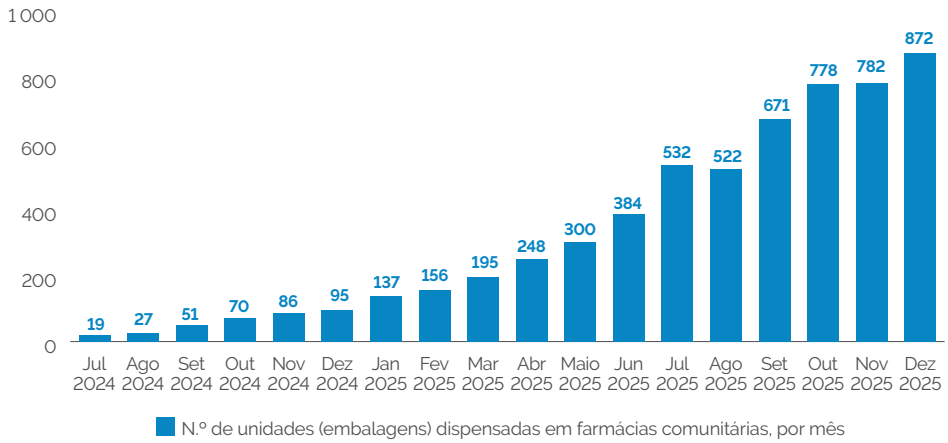


Fonte: SICMED-ANF/AFP

Figura 28. Número de farmácias com dispensa de PrEP e número de embalagens de PrEP dispensadas por distrito/região (julho 2024-dezembro 2025).

Geograficamente, a dispensa concentrou-se sobretudo nos distritos de Lisboa (4 589 embalagens), Setúbal (593), Porto (327), Braga (92) e Leiria (84), que representaram 95,6% do total nacional. Em contraste, Portalegre, Guarda, Bragança, Vila Real e Viseu registaram os volumes mais reduzidos de dispensa, estes cinco distritos registaram apenas 26 embalagens dispensadas durante todo o período analisado, o que representa menos de 0,4% do total nacional, sugerindo uma expressão ainda muito reduzida da dispensa de PrEP nestes territórios.

Verificou-se uma evolução crescente ao longo do período, passando de 16 embalagens em julho de 2024 para 858 em dezembro de 2025, refletindo a progressiva implementação e utilização desta medida preventiva. A média mensal de dispensas foi de 330 embalagens, aumentando de 58 embalagens/mês em 2024 para 465 embalagens/mês em 2025 (Figura 29).



Fonte: SICMED-ANF/AFP

Figura 29. PrEP: Número de unidades (embalagens) dispensadas, por mês (julho 2024 a dezembro 2025).

A análise cruzada dos dados reportados pelas ULS relativamente à PrEP hospitalar e os dados das dispensas de PrEP em farmácias comunitárias, permitiu identificar um reduzido número de prescrições em 8 distritos abrangidos por ULS que reportaram que a consulta hospitalar de PrEP não se encontra disponível.

A prescrição de PrEP no contexto dos CSP ou no setor privado poderá constituir uma alternativa em territórios geográficos onde a consulta hospitalar não está disponível, procurando assim reduzir iniquidades no acesso a esta importante estratégia de prevenção.

II.1.4. Profilaxia Pós-Exposição (PPE)

A Profilaxia de Pós-Exposição ao VIH (PPE) integra o conjunto de estratégias de prevenção combinada da infeção por VIH, a par da utilização consistente do preservativo, da PrEP, do diagnóstico precoce e o tratamento antirretrovírico das PVVIH e outras medidas de saúde pública. A ONUSIDA e a OMS reconhecem a PPE como uma intervenção essencial para reduzir novas infeções por VIH e recomendam a sua integração em programas nacionais de prevenção.

A PPE ao VIH constitui uma intervenção biomédica de prevenção destinada a reduzir o risco de infeção após uma exposição potencial ao vírus. em situações imprevistas ou acidentais. Consiste na administração de terapêutica antirretrovírica durante 28 dias, devendo ser iniciada o mais rapidamente possível após a exposição e nunca após 72 horas. A eficácia da PPE está diretamente relacionada com a rapidez do início do tratamento e com a adesão ao esquema terapêutico completo.

As orientações mais recentes da OMS, publicadas em 2024[12], reforçam a importância da PPE como intervenção de emergência após exposições ocupacionais e não ocupacionais ao VIH. As orientações defendem igualmente o alargamento do acesso à PPE, incluindo a sua disponibilização em contextos comunitários e a redução de barreiras que possam atrasar o início do tratamento.

Em Portugal, a PPE começou a ser disponibilizada inicialmente em contexto ocupacional, dirigida sobretudo a profissionais de saúde após acidentes de exposição a sangue ou outros fluidos biológicos potencialmente infetados. Posteriormente, o acesso foi progressivamente alargado a exposições não ocupacionais, nomeadamente situações de exposição sexual de risco, rutura de preservativo, partilha de material de consumo de drogas ou outras circunstâncias associadas a potencial transmissão do VIH.

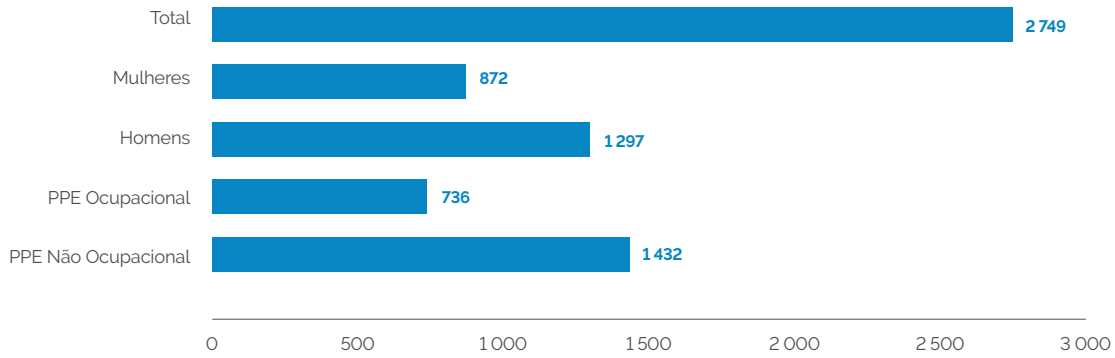
A PPE assume especial relevância por possibilitar uma intervenção imediata após uma exposição de risco, reduzindo significativamente a probabilidade de aquisição da infeção. Trata-se de uma estratégia complementar a outras medidas preventivas e particularmente importante em situações imprevistas ou acidentais.

Além do benefício individual, a disponibilização universal e atempada da PPE contribui para os objetivos de saúde pública de redução da incidência da infeção por VIH, constituindo uma componente importante das estratégias nacionais e internacionais orientadas para a eliminação da infeção como ameaça para a saúde pública.

A PPE encontra-se disponível através dos serviços de urgência hospitalar, que constituem a porta de entrada para a avaliação das exposições de risco e o acesso ao tratamento profilático.

Foram solicitados dados sobre a disponibilização da PPE às 39 ULS e as 2 RA, tendo sido obtidas 32 respostas (31 ULS e 1 RA), das quais, 27 referiram que a PPE foi disponibilizada em 2025. Os dados indicam que 2 749 pessoas receberam PPE em Portugal, no referido ano. Foi possível obter informação sobre o tipo de exposição e o sexo em 79% (2 169 casos), dos quais 66,0% foi em contexto de exposição não ocupacional e 59,7% em pessoas

do sexo masculino (Figura 30). Do total dos utentes que beneficiaram de PPE, foram reportados 3 casos de PPE em menores (1 por picada acidental e 2 por exposição sexual).



Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 30. Número de pessoas que receberam PPE em 2025, por sexo e tipo de exposição.

Os dados informam que, sempre que existe informação discriminada, observa-se que a exposição sexual representa a maioria dos episódios de PPE, podendo estes dados apontar para a possibilidade de a PPE ser utilizada sobretudo como medida de prevenção após exposições sexuais de risco.

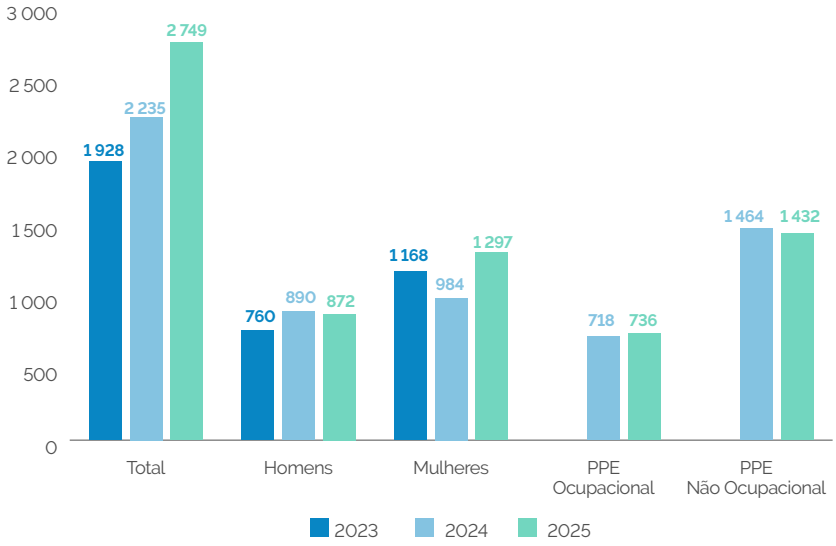
Foram ainda identificadas algumas situações de exposição não classificadas como ocupacionais ou sexuais, designadamente, contacto acidental com sangue fora do contexto profissional, picadas de agulhas na via pública e outras exposições comunitárias.

As respostas das unidades hospitalares parecem evidenciar que a PPE ao VIH se encontra amplamente disponível na maioria das unidades respondentes, persistindo, contudo, algumas assimetrias territoriais na sua oferta. Por outro lado, foram identificados alguns constrangimentos no reporte, relacionados com a inexistência de sistemas de informação padronizados e interoperáveis, que não são de acesso imediato, obrigando frequentemente à recolha manual dos dados e limitando a caracterização epidemiológica dos utilizadores da PPE. Observou-se ainda a existência de respostas múltiplas para algumas ULS, refletindo diferentes pontos de reporte internos (serviços de urgência, consultas de doenças infeciosas, saúde ocupacional, farmácia hospitalar, etc.), reforçando a necessidade de harmonização dos mecanismos de monitorização.

Apesar dos progressos alcançados, persistem desafios relacionados com a literacia da população sobre a existência da PPE, o reconhecimento precoce das situações de risco e a procura atempada dos serviços de saúde. A dependência dos serviços de urgência hospitalar, que funcionam como principal porta de entrada para avaliação clínica e início da medicação, pode constituir uma barreira, sobretudo durante períodos de elevada pressão assistencial ou para pessoas que vivem longe dos hospitais de referência.

O reforço da articulação entre hospitais, CSP e organizações da sociedade civil poderá contribuir para aumentar a divulgação da PPE e facilitar o acesso rápido das populações mais vulneráveis ou mais expostas ao risco de infeção por VIH. A sensibilização da população e dos profissionais continua a ser determinante para maximizar o impacto desta medida preventiva.

Entre as melhorias sugeridas destacam-se a criação de sistemas de registo uniformizados, o reforço dos circuitos de referenciação, a ampliação dos pontos de acesso à PPE e o investimento contínuo na formação dos profissionais de saúde.



Legenda: 2023* - Não foi recolhida informação sobre o tipo de exposição
Fonte: DGS-PNISTVIH

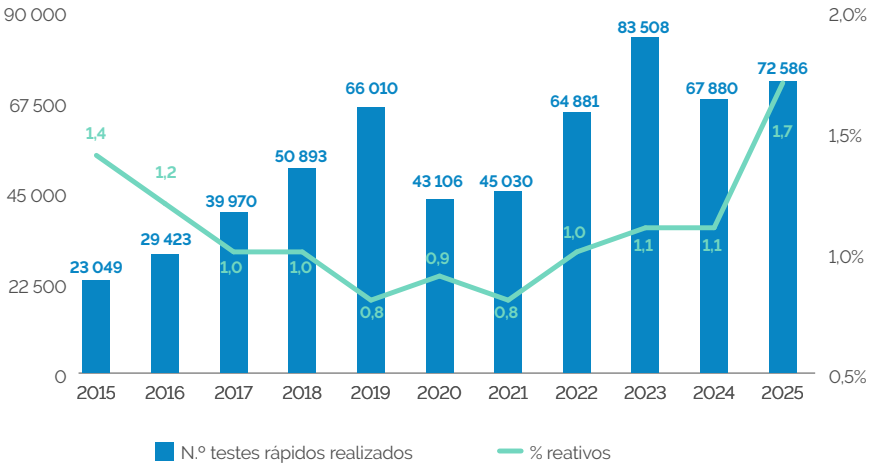
Figura 31. N.º de pessoas que receberam PPE, por sexo e tipo de exposição (2023 – 2025).

Entre 2023 e 2025 observou-se um aumento progressivo do reporte do número de pessoas que receberam PPE em Portugal. Entre os casos com informação disponível sobre sexo e tipo de exposição, em todos os anos analisados, os homens representaram a maioria dos utilizadores desta intervenção preventiva. Verificou-se ainda um predomínio da PPE não ocupacional relativamente à PPE ocupacional, refletindo o maior número de exposições de risco ocorridas fora do contexto profissional. A evolução observada parece sugerir, por um lado, a melhoria no processo de reporte dos dados e, por outro, uma crescente utilização da PPE como medida de prevenção da infeção pelo VIH (Figura 31). Contudo, a interpretação destes resultados deve atender ao facto de não existir informação sobre sexo e tipo de exposição para todos os episódios de PPE notificados.

II.1.5. Testes VIH realizados

Em 2025, dados disponibilizados pela ACSS, I.P. os dados sobre o número de testes prescritos e faturados nos CSP e nos hospitais, totalizando 748 520 testes, dos quais, 410 058 a testes prescritos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e 338 462 a testes prescritos em contexto hospitalar.

Adicionalmente, foram reportados 72 586 testes rápidos efetuados em estruturas comunitárias e de proximidade, nomeadamente em organizações não governamentais (ONG), Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce (CAD) incluindo o Centro Integrado de Saúde Sexual do Porto (CISS) e CSP. Estes dados representam um aumento de 6,9% relativamente aos 67 880 testes reportados em 2024, sugerindo uma recuperação da atividade de rastreio com recurso ao teste rápido, após as dificuldades de reporte e reorganização dos serviços observadas em 2024 (Figura 32). As estruturas de proximidade continuam a desempenhar um papel fundamental na promoção do acesso ao diagnóstico precoce, particularmente junto das populações mais vulneráveis e com menor acesso aos serviços de saúde convencionais, sendo responsáveis pelo maior número de testes rápidos reportados.



Fonte: DGS-PNISTVIH

Figura 32. Número de testes rápidos VIH e proporção de resultados reativos (2015-2025).

Verificou-se um aumento da proporção de resultados reativos em 2025 (de 1,1% em 2024 para 1,7% em 2025), valor para o qual contribuiu um significativo número de casos reativos de pessoas previamente diagnosticadas e que recorreram às estruturas de proximidade para a realização do teste rápido, como forma de se ligarem/religarem aos cuidados de saúde. A título exemplificativo, o CISS do Porto reportou que dos 107 casos reativos identificados em 2025, 49 (45,8%) tratava-se de pessoas com resultados positivos prévios.

O elevado volume de testes realizados reflete a manutenção dos esforços nacionais de deteção precoce do VIH, uma estratégia fundamental para reduzir o número de pessoas que desconhecem o seu estatuto serológico para o VIH, dos diagnósticos tardios, melhorar os resultados em saúde e contribuir para a interrupção das cadeias de transmissão da infeção.

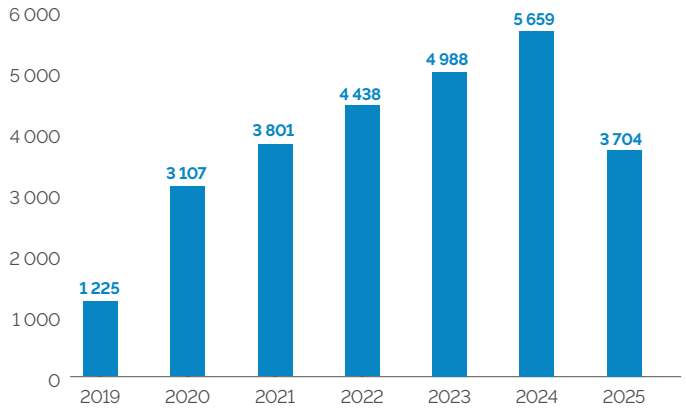
A manutenção de uma oferta diversificada de testagem, articulando serviços de saúde formais e respostas comunitárias, continua a constituir um elemento central da resposta nacional à infeção por VIH, permitindo alcançar diferentes populações e promover um acesso mais equitativo ao rastreio.

Adicionalmente, 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 outubro[13], de acordo com os dados disponibilizados pela ANF e pela AFP, em 2025, foram dispensados 3 704 autotestes VIH, verificando uma diminuição de 35% comparativamente a 2024 (Figura 33).

Com base nos dados disponíveis, observa-se uma tendência de crescimento muito expressiva na dispensa de autotestes VIH em farmácias comunitárias desde a implementação da medida, em 2019. O número de autotestes dispensados aumentou de 1 225 em 2019 para 5 659 em 2024, o que corresponde a um crescimento acumulado de cerca de 362%. O aumento foi particularmente acentuado entre 2019 e 2020, tendo a tendência de crescimento sido mantida nos anos subsequentes, refletindo uma crescente utilização desta modalidade de rastreio.

Contrariamente à tendência observada nos anos anteriores, registou-se em 2025 uma diminuição do número de autotestes dispensados, embora não tenham sido identificados fatores que permitam explicar esta evolução.

No total, já foram vendidos em Portugal, 26 922 autotestes VIH, maioritariamente no distrito de Lisboa onde se verifica maior procura (46,9%), seguido do Porto (20,4%) e Setúbal (7,5%). Com menor percentagem de autotestes vendidos, encontram-se os distritos de Guarda, Portalegre, Évora e Beja (0,2%) e Bragança (0,3%).



Fonte: SICMED-ANF/AFP

Figura 33. Número de autotestes VIH dispensados nas farmácias (2019-2025).

A dispensa de autotestes VIH apresenta uma forte concentração nos distritos mais populosos. Entre 2019 e 2025, o distrito de Lisboa registou o maior volume de dispensas, com 12 632 autotestes, representando cerca de 47% do total nacional. Seguem-se os distritos do Porto (5 496; 20%) e de Setúbal (2 025; 8%). Em conjunto, estes três distritos concentraram aproximadamente 75% de todos os autotestes dispensados no período analisado.

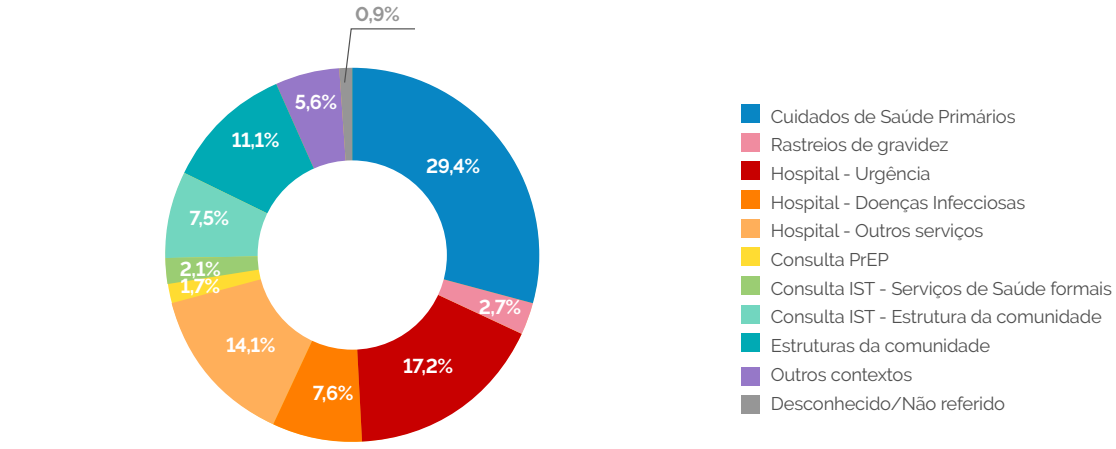
Num segundo patamar surgem os distritos de Faro (1 303 autotestes) e Braga (1 293 autotestes), evidenciando igualmente uma procura relevante desta medida de rastreio.

Por outro lado, os menores volumes de dispensa foram observados em Guarda (50 autotestes), Portalegre (63), Beja (64) e Bragança (72), refletindo provavelmente a menor dimensão populacional destes territórios e, consequentemente, uma menor procura potencial.

Globalmente, os resultados sugerem que o autoteste VIH se tem afirmado como uma importante ferramenta complementar de promoção do diagnóstico precoce da infeção por VIH.

II.2 Contextos dos novos diagnósticos e ligação aos cuidados de saúde (2020-2025)

Em 2025 foram registados 916 novos casos com informação disponível sobre o local do primeiro teste positivo, correspondendo a uma completude da informação de 100%. O contexto hospitalar manteve-se como o principal local de diagnóstico, com 357 casos (38,9%), seguido de 269 casos (29,4%) nos CSP e pelas estruturas da comunidade/ONG (102; 11,1%). Nas consultas específicas para infeções sexualmente transmissíveis (IST), 2,1% dos diagnósticos ocorreram em serviços de saúde formais e 7,5% em consultas disponibilizadas por estruturas da comunidade, correspondendo globalmente a 9,6% dos casos (88 casos). O contexto de consultas de PrEP foi referido em 1,7% dos casos e o autoteste em 0,7% dos novos diagnósticos (6 casos), mantendo-se como uma via minoritária de identificação da infeção (Figura 34).

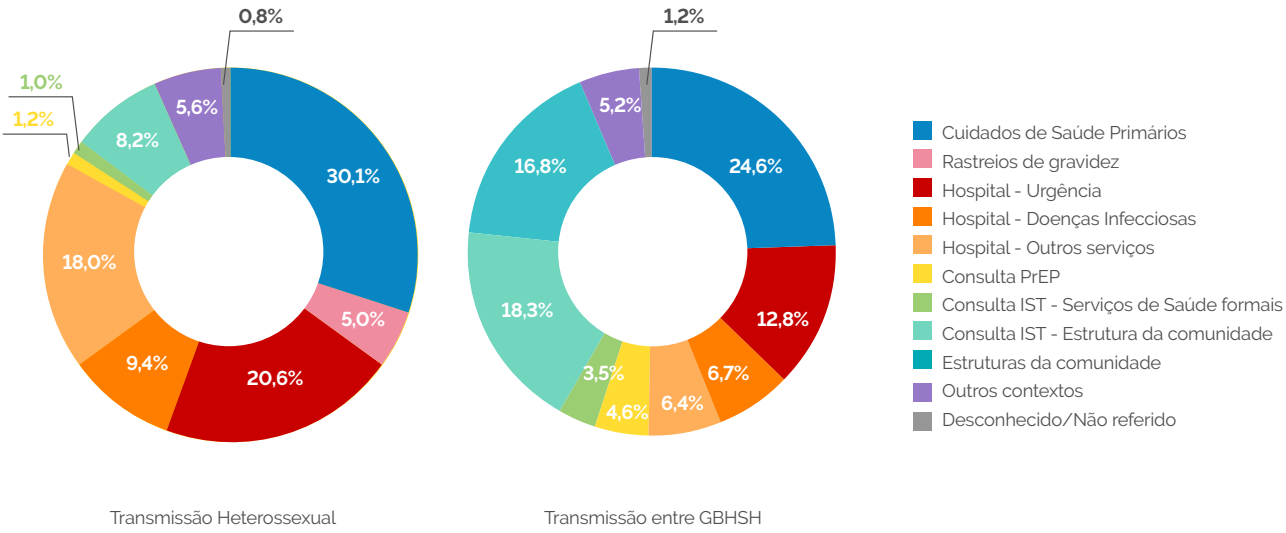


Fonte: DGS-SINAVE

Figura 34. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo.

A análise por grupos populacionais mostra diferenças relevantes nos percursos de diagnóstico. Entre as pessoas com transmissão heterossexual, o contexto de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo é maioritariamente hospitalar (48,0%), com grande expressão na urgência hospitalar (20,6%), seguido dos CSP (30,1%). As consultas de IST corresponderam a 2,2% dos casos e as estruturas da comunidade a 8,2% dos casos diagnosticados por via heterossexual.

Entre os GBHSH, observou-se uma maior proporção de diagnósticos em consultas de IST (21,8%) seguido das estruturas da comunidade (16,8%) e consultas de PrEP (4,6%), refletindo a importância destes dispositivos de rastreio dirigidos às populações mais vulneráveis (Figura 35).

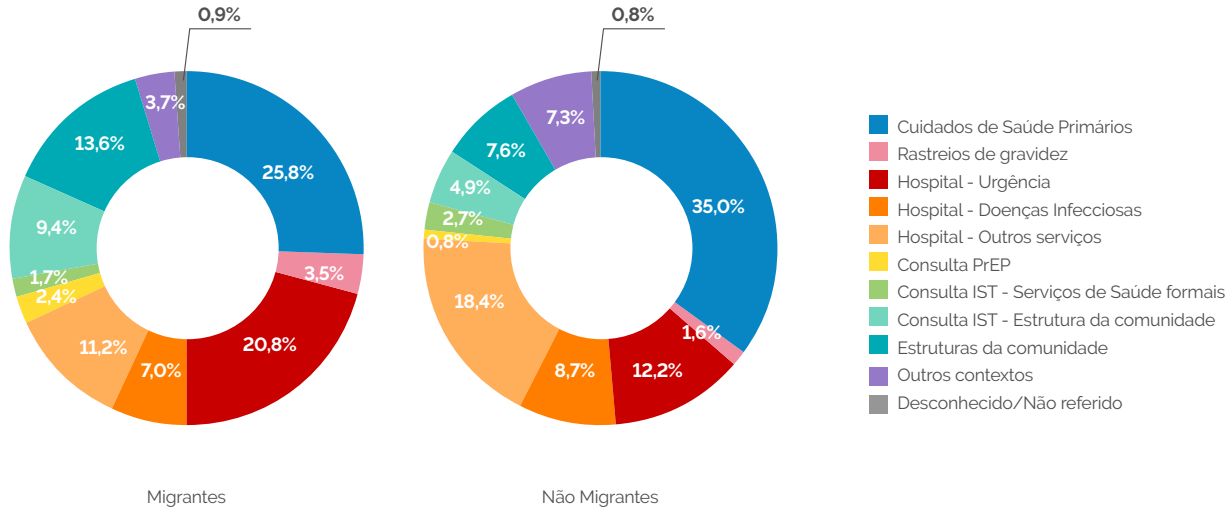


Legenda:GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens
Fonte: DGS-SINAVE

Figura 35. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo, nos casos de transmissão heterossexual e entre GBHSH.

Quando se analisa a variável migração (Figura 36), identificam-se igualmente diferenças nos contextos de diagnóstico entre as pessoas migrantes e não migrantes. Verifica-se uma maior percentagem de pessoas migrantes com diagnóstico em contexto hospitalar (39,0%), registando-se a maioria nos serviços de urgência (20,8%), contra 32,1% de diagnósticos entre pessoas não migrantes em contexto hospitalar (12,2% na urgência).

Inversamente, os CSP foram o contexto do primeiro teste positivo, para 35% dos novos diagnósticos em pessoas não migrantes, contra 25,8% dos diagnósticos em pessoas migrantes. É ainda digno de nota, a maior proporção de novos diagnósticos em estruturas da comunidade (13,6%), nas consultas de IST na comunidade (9,4%), nos rastreios da gravidez (3,5%) e em consulta de PrEP (2,4%) nas pessoas migrantes.

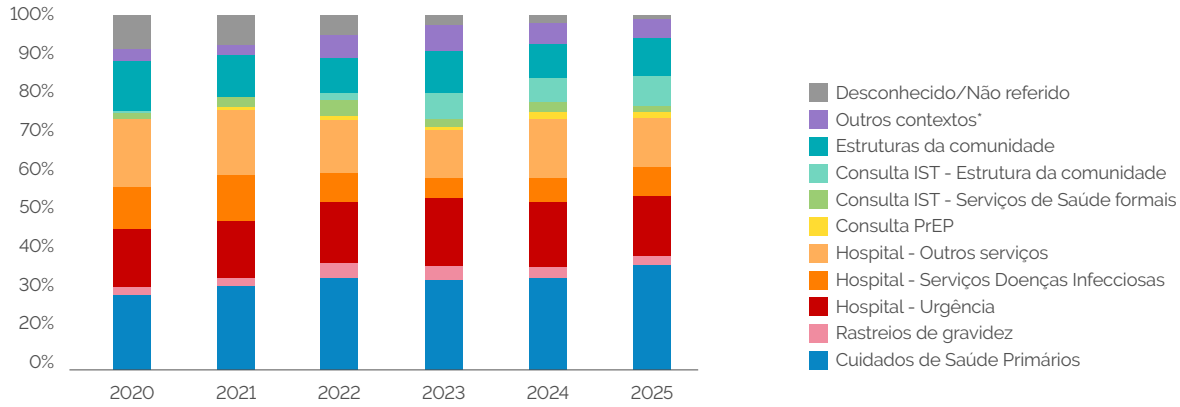


Fonte: DGS-SINAVE

Figura 36. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo, em pessoas migrantes e não migrantes.

Globalmente, os resultados reforçam o papel central dos CSP, dos serviços hospitalares e das estruturas comunitárias na deteção precoce da infeção por VIH em Portugal, evidenciando simultaneamente a complementaridade das consultas de IST e PrEP como estratégias de promoção do diagnóstico junto das populações mais expostas ao risco de infeção e com menor acesso às estruturas formais.

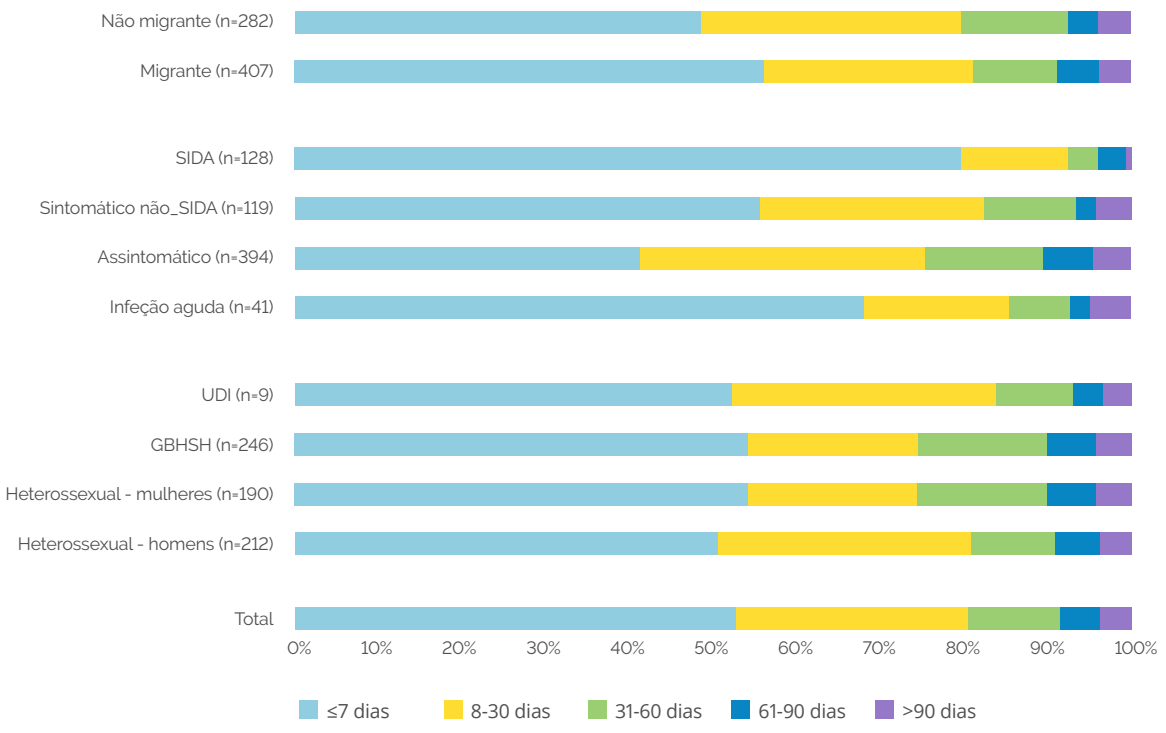
A análise da informação recolhida nas notificações dos casos com diagnóstico entre 2020 e 2025 mostra um aumento percentual dos casos detetados em consultas de IST e em consultas de PrEP ao longo do período em análise, refletindo a expansão destas respostas e um maior acesso às mesmas. A proporção de infeções detetadas em contexto hospitalar manteve-se elevada em todos os anos analisados, representando cerca de 40% dos diagnósticos em 2025. Por outro lado, a percentagem de casos em que o primeiro teste positivo foi realizado por solicitação dos CSP apresentou uma tendência global crescente ao longo do período (Figura 37).



Fonte: DGS-SINAVE

Figura 37. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do local de realização do primeiro teste VIH com resultado positivo.

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 medir a ligação aos cuidados de saúde de seguimento das PVVIH após o diagnóstico da infeção. Esta informação estava disponível em 75,2% dos novos casos com diagnóstico em 2025.



Legenda: GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas
Fonte: DGS-SINAVE

Figura 38. Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) com diagnóstico em 2025: distribuição (%) do intervalo entre a data do primeiro teste VIH com resultado positivo e a data da primeira contagem de CD4.

Apurou-se que 52,5% dos casos com diagnóstico em 2025 e com datas conhecidas para a contagem de CD_4 foram integrados nos cuidados de saúde especializados até sete dias após o diagnóstico da infeção, 80,3% no período de um mês e 96,1% no intervalo de 90 dias (Figura 38).

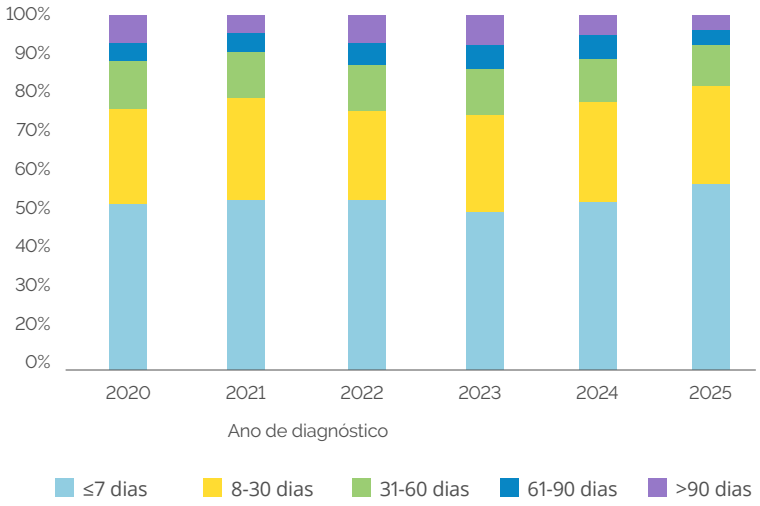
A análise comparativa das diferentes variáveis mostra que as pessoas com diagnóstico concomitante de Sida e as pessoas com infeção aguda apresentam os tempos de ligação mais curtos (80% e 68%, respetivamente, nos primeiros 7 dias). Em contraste, os indivíduos assintomáticos apresentam tempos de ligação mais prolongados, sendo o grupo com menor proporção de integração nos primeiros 7 dias (cerca de 40%), embora aproximadamente três quartos estejam ligados aos cuidados até aos 30 dias (Figura 38).

Relativamente às categorias de exposição, os UDI apresentam maior proporção de ligações em até 7 dias (67%) e em >90 dias, (11%), embora o reduzido número de casos (n=9) recomende cautela na interpretação destes dados. Entre os restantes grupos, os GBHSH evidenciam uma ligação mais célere aos cuidados, com mais de metade dos casos integrados em até 7 dias e mais de 80% em até 30 dias, enquanto homens e mulheres heterossexuais apresentam distribuições semelhantes, com aproximadamente metade dos casos ligados aos cuidados durante a primeira semana (Figura 38).

Para a variável migração, observa-se uma proporção ligeiramente superior de migrantes ligados aos cuidados nos primeiros 7 dias (56%), não se verificando diferenças significativas na ligação após os 90 dias (Figura 38).

Entre 2020 e 2025, a distribuição por ano de diagnóstico revela uma estabilidade global dos tempos de ligação aos cuidados de saúde após o diagnóstico, embora com algumas oscilações relevantes. Observou-se, um aumento gradual da proporção de casos integrados nos cuidados especializados nos primeiros sete dias após o diagnóstico, passando de 47,1% em 2020 para 52,5% em 2025, assim como da proporção de casos ligados aos cuidados de saúde no prazo de um mês (de 73% para 80%), evidenciando melhoria no acesso atempado especializado após o diagnóstico de infeção por VIH (Figura 39).

Já as ligações mais tardias (>90 dias) apresentaram uma tendência global de diminuição, passando de cerca de 8% em 2020 para aproximadamente 4% em 2025. Embora em 2022 e 2023 se tenha observado um ligeiro aumento das ligações tardias (eventualmente fruto da pandemia de COVID-19), os dados mais recentes apontam para uma redução sustentada destes atrasos. De forma global, os resultados sugerem uma melhoria progressiva da celeridade de integração nos cuidados especializados, particularmente em 2025, ano em que se registou simultaneamente a maior proporção de ligações em até 7 dias e a menor frequência de ligações após mais de 90 dias (Figura 39).



Fonte: DGS-SINAVE

Figura 39. Casos de infeção por VIH (≥15 anos), 2020-2025: distribuição (%) do intervalo entre a data do primeiro teste VIH com resultado positivo e a data da primeira contagem de CD4, por ano de diagnóstico.

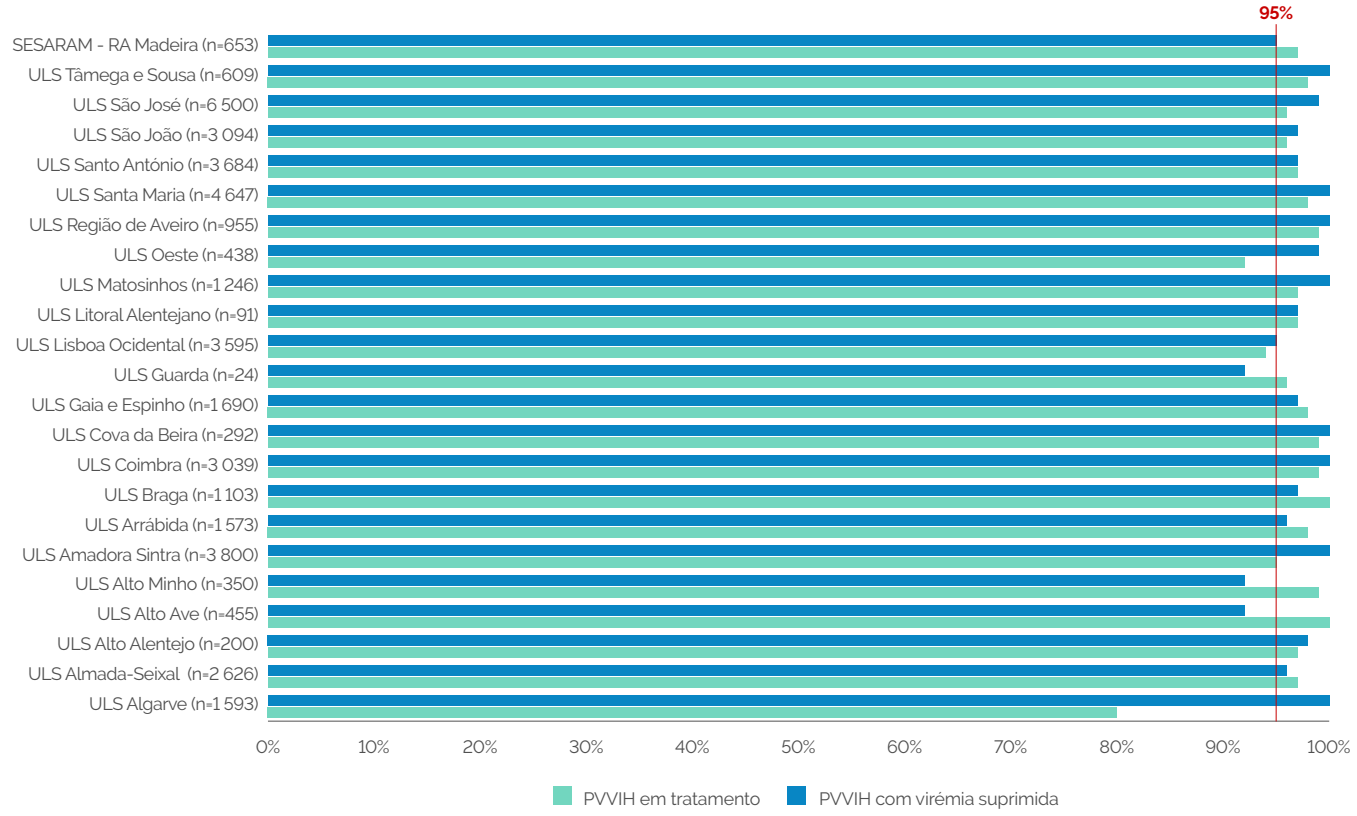
II.3. Tratamento: *Continuum of care* nos hospitais nacionais

Persistem limitações estruturais na monitorização nacional dos 2.º e 3.º objetivos da estratégia 95-95-95 da ONUSIDA. Em 2026, foi dirigido um questionário a todas as unidades de saúde nacionais com seguimento de PVVIH, com o objetivo de estimar a proporção de doentes em tratamento antirretroviral e com supressão virológica, para o ano de 2025. Foram inquiridos 39 ULS, 1 hospital não integrado em ULS e 2 RA e obtiveram-se respostas com as informações solicitadas de 22 das 30 ULS que seguem PVVIH e de uma das unidades hospitalares das RA. Uma ULS informou ter constrangimentos informáticos graves que impediam a recolha da informação e as restantes unidades de saúde do continente e RA não responderam ao pedido de dados.

Com base nas respostas recebidas, foi possível obter informação consolidada para 42 257 PVVIH com pelo menos uma consulta em 2025, das quais 41 378 (97,9%) encontravam-se sob tratamento antirretroviral e dessas, 39 778 (96,1%) apresentavam supressão virológica (carga viral <200 cópias/mL).

As diferenças observadas entre hospitais na disponibilidade, estruturação e extração de dados clínicos tornaram uma vez mais este exercício desafiante, pelo que os resultados devem ser interpretados considerando estas limitações metodológicas. A informação recolhida, embora com as reservas que a ausência de um sistema uniforme de recolha de dados motiva, permite um conhecimento mais concreto da cascata do VIH em Portugal e destaca a importância estratégica de desenvolver um sistema nacional integrado de monitorização capaz de acompanhar, de forma contínua e automatizada, o progresso em direção às metas 95-95-95.

Relativamente às 23 unidades de saúde que reportaram dados para todos os indicadores solicitados, foi possível apurar que em 17 foram atingidas a 2ª e 3ª metas da ONUSIDA e em seis foi atingida pelo menos uma dessas metas. (Figura 40).



Fonte: DGS/PNISTVIH

Figura 40. *Continuum of care* das PVVIH em 2025, dados de 23 unidades de saúde nacionais.

Notas finais

Notas finais

O PNISTVIH definiu 5 eixos de atuação para o triénio (2026-2028) nomeadamente no âmbito da prevenção e transmissão de VIH e IST; testagem, acesso a cuidados de saúde e tratamento; apoio à população vulnerável e migrante; redução do estigma e garantia de direitos humanos fundamentais e vigilância epidemiológica, monitorização e avaliação.

Considerando os dados apresentados no Relatório conjunto **Infeção por VIH em Portugal – 2026,** da DGS e do INSA, faz-se uma reflexão sobre os dados mais relevantes.

O relatório parece apontar para a consolidação de progressos alcançados na prevenção e diagnóstico da infeção por VIH, destacando-se a expansão da PrEP, a recuperação da testagem com recurso ao teste rápido e a melhoria contínua da ligação aos cuidados.

Testagem, acesso a cuidados de saúde e tratamento

No ano de 2025 verificou-se redução do número de novos casos de VIH em Portugal, não se tendo verificado casos na população pediátrica (<15 anos).

A maioria dos novos diagnósticos verificou-se na população migrante (59%), na faixa etária dos 30 aos 49 anos (51%), e por transmissão heterossexual. Dos novos diagnósticos, 53% ocorreram em GBHSH. Contudo, verificou-se um decréscimo de 38% entre o número de casos em GBHSH diagnosticados entre 2016 e 2025. Nesta última população, as estratégias de prevenção, nomeadamente o acesso ao programa PrEP terá contribuído para essa redução, embora ainda possa ser melhorado. No caso da transmissão vertical e prevenção de transmissão em idade pediátrica é fundamental a manutenção da vigilância adequada da gravidez e prevenção da transmissão durante o período de amamentação.

A maioria dos casos eram portadores assintomáticos (63%). A apresentação tardia mantém-se elevada (53%), particularmente em mulheres e pessoas com idade igual ou superior a 50 anos. A comparação do número de casos de SIDA com diagnóstico nos anos 2016 e 2025 demonstrou uma redução de 55%. Este indicador poderá ser revelador da existência de lacunas na identificação precoce de novos casos de infeção, justificando assim, a promoção do acesso ao teste em contextos de proximidade. Para a melhoria do diagnóstico tardio deverá ser aumentada a literacia da população, particularmente a população migrante, com aumento do acesso ao rastreio nas várias estruturas de saúde e organizações de base comunitária, e referenciação atempada aos serviços hospitalares.

A ligação aos cuidados após o diagnóstico continua a melhorar. Em 2025, 52,5% das pessoas foram integradas nos cuidados especializados nos primeiros sete dias após o diagnóstico e 96,1% até aos 90 dias. Comparativamente a 2020, verificou-se um aumento dos casos ligados aos cuidados na primeira semana (47,1% para 52,5%) e uma redução das ligações superiores a 90 dias (de cerca de 8% para 4%).

Relativamente ao *continuum of care*, considerando os hospitais que reportaram dados, verificou-se o cumprimento das metas da ONUSIDA 95-95-95, com 98% das PVVIH em tratamento e, destas, 96% com carga viral suprimida (<200 copias/mL). Mantém-se a limitação do acesso integrado aos dados das várias ULS e RA, situação que será ultrapassada com um sistema de vigilância automatizado e com integração das várias plataformas e sistemas de informação disponíveis.

Persistem desafios relevantes relacionados com desigualdades territoriais no acesso às intervenções preventivas e necessidade de adaptação da resposta aos novos perfis de risco, nomeadamente associados ao Chemsex e à população migrante. A manutenção dos bons resultados observados dependerá do reforço da equidade territorial, da modernização dos sistemas de monitorização e da consolidação das respostas comunitárias e de proximidade.

Prevenção da transmissão de VIH

Portugal manteve uma resposta abrangente à infeção por VIH, assente na prevenção combinada, assegurando a disponibilização de preservativos, gel lubrificante, Programa Troca de Seringas (PTS), Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), Profilaxia Pós-Exposição (PPE) e múltiplas modalidades de testagem, em diversos contextos. Esta abordagem continua alinhada com as recomendações internacionais e constitui uma das principais forças da resposta nacional.

Foram realizados mais de 748 mil testes VIH nos serviços de saúde, complementados por mais de 72 mil testes rápidos em estruturas comunitárias e de proximidade. A atividade de testagem rápida recuperou face a 2024 (+7%), demonstrando a importância da rede comunitária e das estruturas de proximidade na promoção do diagnóstico precoce.

Há, contudo, que realçar a diminuição do número de preservativos distribuídos em 14,8% relativamente a 2024. Embora parte desta redução possa estar associada à reorganização institucional decorrente da reestruturação dos serviços, esta tendência merece monitorização por se tratar de uma das medidas mais eficazes e custo-efetivas de prevenção não só da infeção por VIH, mas também de outras IST.

Observou-se um crescimento contínuo da PPE, passando de 1 928 utilizadores em 2023 para 2 749 em 2025, o que representa um aumento de cerca de 43% em dois anos. Esta evolução sugere uma maior capacidade de resposta do sistema de saúde e uma maior procura desta medida preventiva após exposições de risco.

A PrEP continua a apresentar uma evolução positiva. No âmbito do acesso ao programa PrEP a nível hospitalar, verificou-se um aumento de 15%, com um total de 8 834 pessoas que receberam PrEP pelo menos uma vez em 2025 e, destas, 1 466 pela primeira vez nesse ano. Relativamente ao programa PrEP com dispensa em farmácias comunitárias, verificou-se igualmente um aumento crescente da dispensa, comparativamente a 2024. A implementação da Portaria n.º 402/2023 de 4 de dezembro[11] permitiu igualmente expandir o acesso através das farmácias comunitárias, com uma evolução muito expressiva das dispensas entre julho de 2024 e dezembro de 2025, aumentando de 19 para 872 embalagens mensais. É evidente a consolidação desta intervenção como uma das principais estratégias de prevenção da infeção por VIH em Portugal. Contudo, a dispensa de PrEP em farmácia comunitária encontra-se fortemente concentrada em Lisboa, Setúbal e Porto. Em vários distritos do interior a utilização continua residual, sugerindo desigualdades significativas no acesso e na procura desta estratégia preventiva, que importa melhorar.

A capacidade de resposta a novos utentes para início de PrEP hospitalar é reduzida. Esta realidade sugere oportunidades para reforçar a atuação dos cuidados de saúde primários e das estruturas comunitárias, na expansão da PrEP, com prioridade para os territórios geográficos onde se regista, por um lado, elevada incidência de VIH e, por outro, para regiões com menor cobertura de PrEP, garantindo maior acesso às populações mais vulneráveis.

Persistem assimetrias territoriais que podem limitar o acesso atempado das populações mais vulneráveis. No âmbito da melhoria do acesso à PrEP deverão ser consideradas em cada ULS, estruturas nos cuidados de saúde primários que disponibilizem resposta à saúde sexual, com integração de programas de saúde, incluindo o rastreio de IST e início de PrEP nas situações elegíveis, em articulação com as consultas hospitalares, permitindo assim, o aumento efetivo da resposta e cuidados de proximidade. Poderão ainda ser consideradas as consultas em parceria com organizações de base comunitária.

As consultas de IST, estruturas comunitárias e consultas de PrEP parecem assumir uma importância crescente na identificação de novos casos, particularmente entre GBHSH, evidenciando que o País está progressivamente a identificar infeções através de respostas preventivas dirigidas às populações mais expostas ao risco.

O aumento da proporção de pessoas que reportam práticas de Chemsex nas consultas de PrEP exige respostas mais diferenciadas, incluindo intervenções de redução de riscos adaptadas às novas realidades, integração com as respostas para os comportamentos aditivos e o reforço da articulação intersectorial. Ao mesmo tempo, as alterações dos padrões de consumo, com maior expressão do consumo fumado e inalado, justificam repensar os modelos de programas de redução de riscos e minimização de danos, mais adaptados às novas realidades.

Aumentar a sensibilização para a importância da utilização consistente do preservativo, para a procura de PrEP e PPE, e reforçar a importância da testagem regular continuam a ser fundamentais para alcançar pessoas que desconhecem estas estratégias preventivas ou que recorrem tardiamente aos cuidados de saúde.

Investimento e Apoio à Sociedade Civil

Em 2025, o investimento da DGS em projetos desenvolvidos por organizações da sociedade civil, designadamente, ONG e OBC, totalizou cerca de €2,2 milhões, evidenciando a estratégia delineada pelo PNISTVIH assente na articulação com a sociedade civil, em concreto, através do apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento de ações e projetos direcionados a diferentes áreas de intervenção e grupos-alvo, com especial enfoque na prevenção, rastreio, tratamento, ligação, adesão e retenção ao tratamento, no âmbito do VIH, hepatites virais e outras IST.

O investimento de € 989 500,00, para o desenvolvimento de 16 projetos de prevenção, rastreio e ligação aos cuidados de saúde são de extrema relevância para a promoção da literacia das populações-alvo, aumento do rastreio e referenciação e têm a potencialidade de estarem também em rede com as ULS e estruturas de saúde de referência. No ano de 2026 foi incrementada a verba destinada a projetos de rastreio de VIH em áreas geográficas de maior incidência e financiamento de mais um projeto no âmbito da prevenção e redução do estigma associado ao VIH.

Conclusão

No contexto da resposta nacional, importa consolidar a recuperação da atividade de rastreio comunitário e reforçar a importância do diagnóstico precoce, melhorando o acesso ao teste nos cuidados de saúde primários e nas estruturas de proximidade, e incrementar a divulgação dos autotestes VIH, de forma a evitar perdas numa modalidade particularmente importante para populações que enfrentam barreiras de acesso aos serviços convencionais e, consequentemente, reduzir a proporção de diagnósticos tardios, evitando assim que as PVVIH cheguem aos cuidados de saúde em fases avançadas da infeção, com impacto no prognóstico da infeção e na sua qualidade de vida.

As limitações dos sistemas de informação constituem um problema transversal à PrEP, à PPE e à melhoria da monitorização do cumprimento das metas 95-95-95.

Em termos globais, os resultados de 2025 revelam uma resposta nacional ao VIH robusta e em consolidação, com progressos relevantes no acesso à prevenção, ao diagnóstico, com recurso a diversas metodologias e em diversos contextos e à ligação atempada aos cuidados. Contudo, a sustentabilidade destes ganhos exigirá um reforço da equidade territorial, da capacidade de monitorização e da adaptação das respostas aos novos perfis epidemiológicos e comportamentais, de forma a manter Portugal alinhado com as metas internacionais de eliminação da infeção por VIH enquanto ameaça para a saúde pública até 2030.

REFERÊNCIAS

Referências

1. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde / Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2025. Lisboa: DGS/INSA; 2025.
2. Regulamento delegado (UE) 2023/674 da Comissão, de 26 de dezembro de 2022, que altera os anexos do Regulamento (CE) n. ˚ 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 2025 – 2024 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025.
9. Kirwan PD, Stengaard AR, Brännström J, Van Beckhoven D, van Sighem A, Op de Coul EL, Gunsenheimer-Bartmeyer B, Koppe U, Cortes-Martins H, Veríssimo VC, Malý M, Wessman M, Tsiara C, Ferentinos G, Suligoi B, Regine V, Pugliese L, Grabar S, Sullivan AK, Reyes-Urueña J, Pharris A, Kuchukhidze G, Kirk O, Croxford S, Raben D; EuroTEST HIV Late Diagnosis Definition Working Group and EuroTEST Steering Committee. Multi-country study on the impact of a revised consensus definition of late HIV diagnosis, Europe, 2022 to 2023. Euro Surveill. 2026 Aug;31(32):2500921. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2026.31.32.2500921.
10. ECDC HIV Platform tool [software application]. Version 3.1.5. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2021.
11. Portaria n.º 402/2023 – Diário da República n.º 233/2023, Série I de 2023-12-04, que define os procedimentos a adotar com vista ao alargamento do acesso à Profilaxia Pré-Exposição ao VIH (PrEP) e estabelece um regime excecional de comparticipação para os medicamentos destinados à PrEP.
12. Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY--NC SA 3.0 IGO.
13. Decreto-Lei n.º 79/2018 - Diário da República n.º 198/2018, Série I de 2018-10-15, da Presidência do Conselho de Ministros, permite a dispensa direta ao público dos dispositivos de diagnósticos in vitro destinados ao autodiagnóstico da infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH).
14. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The Global AIDS Strategy for 2026–2031: United towards ending AIDS. Geneva: UNAIDS; 2026

Quadros

Quadros

Quadros

Quadro 18. Casos de infeção por VIH (1983-2025): 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	1 643	**1 595**	358	**353**	0	**0**	2 002	**1 949**	4,6	**4,5**
1991	730	**721**	192	**186**	0	**0**	922	**907**	3,8	**3,9**
1992	1 072	**1 062**	270	**267**	1	**1**	1 345	**1 332**	4,0	**4,0**
1993	1 119	**1 107**	298	**292**	0	**0**	1 417	**1 399**	3,8	**3,8**
1994	1 332	**1 318**	388	**379**	1	**1**	1 722	**1 699**	3,4	**3,5**
1995	1 647	**1 637**	490	**481**	1	**1**	2 139	**2 120**	3,4	**3,4**
1996	1 983	**1 964**	657	**643**	1	**1**	2 641	**2 608**	3,0	**3,1**
1997	2 336	**2 321**	677	**668**	0	**0**	3 013	**2 989**	3,5	**3,5**
1998	2 370	**2 346**	826	**815**	1	**0**	3 198	**3 162**	2,9	**2,9**
1999	2 585	**2 550**	808	**795**	1	**1**	3 394	**3 346**	3,2	**3,2**
2000	2 429	**2 388**	880	**850**	1	**1**	3 311	**3 240**	2,8	**2,8**
2001	2 023	**1 999**	865	**840**	0	**0**	2 889	**2 840**	2,3	**2,4**
2002	1 854	**1 826**	881	**857**	0	**0**	2 735	**2 683**	2,1	**2,1**
2003	1 724	**1 699**	821	**788**	0	**0**	2 545	**2 487**	2,1	**2,2**
2004	1 663	**1 620**	855	**820**	0	**0**	2 518	**2 440**	1,9	**2,0**
2005	1 608	**1 555**	757	**712**	2	**1**	2 367	**2 268**	2,1	**2,2**
2006	1 591	**1 527**	806	**752**	1	**1**	2 398	**2 280**	2,0	**2,0**
2007	1 525	**1 458**	820	**749**	1	**1**	2 346	**2 208**	1,9	**1,9**
2008	1 623	**1 535**	788	**729**	0	**0**	2 411	**2 264**	2,1	**2,1**
2009	1 486	**1 387**	749	**678**	3	**1**	2 238	**2 066**	2,0	**2,0**
2010	1 432	**1 314**	715	**643**	1	**1**	2 148	**1 958**	2,0	**2,0**
2011	1 365	**1 235**	602	**546**	2	**1**	1 969	**1 782**	2,3	**2,3**
2012	1 401	**1 243**	616	**532**	1	**1**	2 018	**1 776**	2,3	**2,3**
2013	1 397	**1 236**	585	**507**	3	**1**	1 985	**1 744**	2,4	**2,4**
2014	1 230	**1 019**	486	**401**	0	**0**	1 716	**1 420**	2,5	**2,5**
2015	1 350	**1 091**	479	**395**	1	**0**	1 830	**1 486**	2,8	**2,8**
2016	1 314	**1 070**	500	**422**	0	**0**	1 814	**1 492**	2,6	**2,5**
2017	1 248	**987**	475	**400**	3	**0**	1 726	**1 387**	2,6	**2,5**
2018	1 118	**879**	436	**350**	3	**1**	1 557	**1 230**	2,6	**2,5**
2019	1 105	**870**	463	**365**	4	**4**	1 572	**1 239**	2,4	**2,4**
2020	876	**677**	317	**257**	3	**1**	1 196	**935**	2,8	**2,6**
2021	964	**761**	370	**323**	3	**2**	1 337	**1 086**	2,6	**2,4**
2022	877	**712**	327	**258**	3	**1**	1 207	**971**	2,7	**2,8**
2023	840	**724**	378	**309**	4	**3**	1 222	**1 036**	2,2	**2,3**
2024	814	**767**	348	**304**	6	**6**	1 168	**1 077**	2,3	**2,5**
2025	676	**648**	284	**267**	1	**1**	961	**916**	2,4	**2,4**
Total	**52 350**	**48 848**	**20 567**	**18 933**	**52**	**33**	**72 977**	**67 822**	**2,5**	**2,6**

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

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.

Quadro 19. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Grupo etário		Ano de diagnóstico											Total	
		1983-2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	N	%
<15 anos	Subtotal	605	5	8	5	0	3	4	6	6	3	0	**645**	**1,0**
	H	296	1	3	3	0	1	1	4	3	2	0	**314**	
	M	307	4	5	2	0	2	3	2	3	1	0	**329**	
15-19 anos	Subtotal	1 636	28	23	17	25	14	13	16	19	9	21	**1 821**	**2,7**
	H	947	22	16	11	16	11	9	12	13	7	13	**1 077**	
	M	689	6	7	6	9	3	4	4	6	2	8	**744**	
20-24 anos	Subtotal	6 725	148	131	123	122	77	77	96	96	96	78	**7 769**	**11,5**
	H	4 659	112	107	108	104	62	61	76	68	75	64	**5 496**	
	M	2 062	36	24	15	18	15	16	20	27	21	14	**2 268**	
25-29 anos	Subtotal	10 527	194	188	174	193	162	163	152	207	190	150	**12 300**	**18,1**
	H	7 600	162	146	128	151	134	132	123	159	154	114	**9 003**	
	M	2 922	32	42	45	42	28	30	29	47	34	36	**3 287**	
30-39 anos	Subtotal	18 354	390	371	331	316	247	288	269	284	302	268	**21 420**	**31,6**
	H	13 698	276	250	238	216	175	207	195	206	226	192	**15 879**	
	M	4 649	114	121	93	96	71	80	73	77	72	75	**5 521**	
40-49 anos	Subtotal	10 060	358	299	256	274	198	227	194	183	207	196	**12 452**	**18,4**
	H	7 505	259	213	174	182	133	148	133	124	141	132	**9 144**	
	M	2 553	99	86	82	92	65	79	61	59	66	64	**3 306**	
50-59 anos	Subtotal	5 041	206	222	213	198	188	145	162	127	123	150	**6 775**	**10,0**
	H	3 707	154	151	133	132	106	107	99	84	102	64	**4 839**	
	M	1 560	72	63	67	61	44	59	35	51	66	39	**2 117**	
≥60 anos	Subtotal	3 062	143	153	124	116	84	148	104	106	102	100	**4 242**	**6,3**
	H	2 172	84	101	84	69	55	96	70	67	60	69	**2 927**	
	M	890	59	52	40	47	29	52	34	39	42	31	**1 315**	
NR	Subtotal	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**217**	**0,3**
	Total	**56 453**	**1 492**	**1 387**	**1 230**	**1 239**	**935**	**1 086**	**971**	**1 036**	**1 077**	**916**	**67 822**	**100,0**

Legenda: NR - não referido.

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Nota: Estão registados 8 casos sem informação relativa ao sexo e 33 casos em pessoas transgénero, pelo que, para alguns grupos etários, anos e no global, os totais são diferentes da soma das partes.

Quadros

Quadro 20. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por residência (NUTS II e III) à data da notificação.

Região de residência		Ano de diagnóstico											Total	
NUTSII	NUTSIII	1983-2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	N	%
Norte	**Sub-total**	**14 242**	**338**	**327**	**302**	**278**	**210**	**234**	**256**	**251**	**277**	**260**	**16 975**	**25,0**
	Alto Minho	424	13	15	16	8	4	16	24	12	7	9	**548**	
	Cávado	957	23	31	12	22	17	23	29	27	16	40	**1 197**	
	Ave	649	21	14	22	17	11	20	22	15	32	28	**851**	
	A. M. do Porto	10 835	236	218	201	192	144	139	142	151	179	146	**12 583**	
	Alto Tâmega e Barroso	92	3	2	1	2	3	0	2	3	5	2	**115**	
	Tâmega e Sousa	752	32	33	30	21	18	19	22	30	22	21	**1 000**	
	Douro	328	7	7	15	12	7	11	7	7	9	5	**415**	
	Terras de Trás-os-Montes	205	3	7	5	4	6	6	8	6	7	9	**266**	
Centro	**Sub-total**	**4 302**	**165**	**175**	**162**	**138**	**110**	**128**	**121**	**130**	**125**	**101**	**5 657**	**8,3**
	Região de Aveiro	1 046	53	63	47	50	32	22	32	50	38	36	**1 469**	
	Região de Coimbra	1 353	49	48	51	46	34	35	40	33	42	31	**1 762**	
	Região de Leiria	868	124	23	26	13	21	27	25	27	24	13	**1 091**	
	Viseu Dão-Lafões	499	19	16	23	17	10	23	17	2	9	8	**643**	
	Beira Baixa	254	8	11	10	3	3	9	3	10	5	9	**325**	
	Beiras e Serra da Estrela	282	12	14	5	9	10	12	4	8	7	4	**367**	
Oeste e Vale do Tejo	**Sub-total**	**2 458**	**84**	**81**	**48**	**62**	**53**	**54**	**40**	**50**	**63**	**47**	**3 040**	**4,5**
	Oeste	1 051	41	29	20	28	33	37	24	21	30	22	**1 336**	
	Médio Tejo	497	19	21	9	10	7	6	7	15	16	14	**621**	
	Lezíria do Tejo	909	24	31	19	24	13	11	9	14	17	11	**1 082**	
Grande Lisboa	**Sub-total**	**23 342**	**601**	**520**	**470**	**482**	**376**	**409**	**339**	**424**	**403**	**338**	**27 704**	**40,8**
	Grande Lisboa	23 342	601	520	470	482	376	409	339	424	403	338	**27 704**	
Península de Setúbal	**Sub-total**	**6 096**	**120**	**125**	**109**	**125**	**88**	**114**	**86**	**91**	**119**	**84**	**7 157**	**10,6**
	Península de Setúbal	6 096	120	125	109	125	88	114	86	91	119	84	**7 157**	
Alentejo	**Sub-total**	**1 186**	**33**	**21**	**20**	**22**	**9**	**27**	**32**	**25**	**23**	**21**	**1 419**	**2,1**
	Alentejo Litoral	330	7	5	5	9	5	9	11	11	12	8	**412**	
	Baixo Alentejo	332	11	1	2	2	1	5	12	9	6	3	**384**	
	Alto Alentejo	200	5	4	6	8	3	5	3	1	2	3	**240**	
	Alentejo Central	325	10	11	7	3	0	8	6	4	3	7	**384**	
Algarve	**Sub-total**	**2 855**	**75**	**68**	**77**	**63**	**46**	**72**	**51**	**29**	**33**	**47**	**3 416**	**5,0**
	Algarve	2 855	75	68	77	63	46	72	51	29	33	47	**3 416**	
R. A. dos Açores	**R.A. dos Açores**	**369**	**15**	**13**	**13**	**18**	**7**	**3**	**9**	**14**	**12**	**7**	**480**	**0,7**
R. A. da Madeira	**R.A. da Madeira**	**637**	**16**	**21**	**13**	**25**	**22**	**12**	**13**	**18**	**22**	**11**	**810**	**1,2**
Outro país		252	13	6	4	14	6	16	1	0	0	0	**312**	**0,5**
Não referida		714	32	30	12	12	8	17	23	4	0	0	**852**	**1,3**
TOTAL		**56 453**	**1 492**	**1 387**	**1 230**	**1 239**	**935**	**1 086**	**971**	**1 036**	**1 077**	**916**	**67 822**	**100,0**

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

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Quadro 21. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição e taxa de novos casos por 105 habitantes por distrito de residência à data da notificação e ano de diagnóstico.

		Ano de diagnóstico											Total	
Distrito/ Região		**1983-2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**N**	**%**
Aveiro	n	1 692	77	85	66	76	52	41	53	61	59	66	2 328	3,4
	casos/10⁵ hab.	-	**11,0**	**12,2**	**9,4**	**10,8**	**7,4**	**5,8**	**7,3**	**8,3**	**7,9**	**8,8**	-	
Beja	n	395	13	1	2	6	2	6	12	10	7	6	460	0,7
	casos/10⁵ hab.	-	**8,9**	**0,7**	**1,4**	**4,1**	**1,4**	**3,9**	**7,4**	**5,9**	**4,1**	**3,5**	-	
Braga	n	1 618	44	48	34	41	28	43	51	44	51	69	2 071	3,1
	casos/10⁵ hab.	-	**5,3**	**5,7**	**4,0**	**4,9**	**3,3**	**5,1**	**5,9**	**5,0**	**5,7**	**7,7**	-	
Bragança	n	213	4	7	6	5	6	6	9	6	9	9	280	0,4
	casos/10⁵ hab.	-	**3,1**	**5,5**	**4,8**	**4,0**	**4,9**	**4,9**	**7,3**	**4,9**	**7,3**	**7,3**	-	
Castelo Branco	n	351	13	17	13	5	7	12	6	15	8	11	458	0,7
	casos/10⁵ hab.	-	**7,1**	**9,4**	**7,2**	**2,8**	**3,9**	**6,7**	**3,3**	**8,0**	**4,2**	**5,8**	-	
Coimbra	n	1 309	48	46	51	44	32	33	39	33	42	28	1 705	2,5
	casos/10⁵ hab.	-	**11,6**	**11,1**	**12,4**	**10,7**	**7,8**	**8,0**	**9,2**	**7,6**	**9,6**	**6,4**	-	
Évora	n	325	10	11	7	3	0	8	6	4	3	7	384	0,6
	casos/10⁵ hab.	-	**6,3**	**7,1**	**4,5**	**1,9**	**0,0**	**5,1**	**3,8**	**2,5**	**1,9**	**4,3**	-	
Faro	n	2 855	75	68	77	63	46	72	51	29	33	47	3 416	5,0
	casos/10⁵ hab.	-	**16,5**	**14,9**	**16,8**	**13,5**	**9,8**	**14,2**	**9,4**	**5,1**	**5,7**	**8,1**	-	
Guarda	n	91	7	8	2	8	6	12	1	3	4	2	244	0,4
	casos/10⁵ hab.	-	**4,7**	**5,4**	**1,4**	**5,5**	**4,2**	**8,7**	**0,7**	**2,2**	**2,9**	**1,4**	-	
Leiria	n	1 449	43	37	36	22	40	47	36	35	42	28	1 815	2,7
	casos/10⁵ hab.	-	**9,4**	**8,1**	**7,9**	**4,8**	**8,7**	**10,0**	**7,4**	**7,0**	**8,2**	**5,4**	-	
Lisboa	n	23 906	630	538	481	505	392	427	355	438	416	345	28 433	41,9
	casos/10⁵ hab.	-	**27,9**	**23,8**	**21,2**	**22,0**	**17,1**	**17,8**	**14,1**	**16,9**	**15,7**	**13,0**	-	
Portalegre	n	200	5	4	6	8	3	5	3	1	2	3	240	0,4
	casos/10⁵ hab.	-	**4,5**	**3,7**	**5,6**	**7,5**	**2,8**	**4,7**	**2,8**	**0,9**	**1,8**	**2,8**	-	
Porto	n	10 902	244	225	211	185	144	139	143	167	176	139	12 675	18,7
	casos/10⁵ hab.	-	**13,7**	**12,6**	**11,8**	**10,3**	**8,0**	**7,7**	**7,7**	**8,9**	**9,3**	**7,3**	-	
Santarém	n	1 312	36	49	27	30	18	16	13	28	32	25	1 586	2,3
	casos/10⁵ hab.	-	**8,3**	**11,4**	**6,3**	**7,1**	**4,2**	**3,7**	**2,9**	**6,1**	**6,9**	**5,3**	-	
Setúbal	n	6 363	125	130	114	130	92	122	97	101	130	89	7 493	11,0
	casos/10⁵ hab.	-	**14,6**	**15,1**	**13,2**	**14,9**	**10,5**	**13,6**	**10,3**	**10,4**	**13,0**	**8,8**	-	
Viana do Castelo	n	424	13	15	16	8	4	16	24	12	7	9	548	0,8
	casos/10⁵ hab.	-	**5,6**	**6,4**	**6,9**	**3,4**	**1,7**	**6,9**	**10,1**	**5,0**	**2,9**	**3,7**	-	
Vila-Real	n	347	7	7	8	10	6	5	5	10	10	6	421	0,6
	casos/10⁵ hab.	-	**3,6**	**3,7**	**4,2**	**5,3**	**3,2**	**2,7**	**2,7**	**5,4**	**5,3**	**3,2**	-	
Viseu	n	629	22	21	31	21	14	28	21	3	12	9	811	1,2
	casos/10⁵ hab.	-	**6,1**	**5,9**	**8,8**	**6,0**	**4,0**	**8,1**	**5,9**	**0,8**	**3,3**	**2,5**	-	
R.A. Açores	n	369	15	13	13	18	7	3	9	14	12	7	480	0,7
	casos/10⁵ hab.	-	**6,2**	**5,4**	**5,5**	**7,6**	**2,9**	**1,2**	**3,7**	**5,8**	**4,9**	**2,9**	-	
R.A. Madeira	n	637	16	21	13	25	22	12	13	18	22	11	810	1,2
	casos/10⁵ hab.	-	**6,3**	**8,4**	**5,2**	**10,0**	**8,7**	**4,7**	**5,1**	**6,9**	**8,3**	**4,1**	-	
Estrangeiro	n	252	13	6	4	14	6	16	1	0	0	0	312	0,5
Desconhecido	n	714	32	30	12	12	8	17	23	4	0	0	852	1,3
TOTAL	**N**	**56 453**	**1 492**	**1 387**	**1 230**	**1 239**	**935**	**1 086**	**971**	**1 036**	**1 077**	**916**	**67 822**	**100,0**
	casos/10⁵ hab.	-	**14,0**	**13,1**	**11,7**	**11,7**	**8,9**	**9,9**	**8,7**	**9,2**	**9,5**	**8,0**	-	

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Quadros

Quadro 22. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2021-2025) nos municípios com taxas superiores à taxa nacional.

Concelho	Nº de casos (2021-2025)	Nº casos/10^5 habitantes	*Rate ratio* (RR)
Amadora	263	27,1	2,9
Sintra	480	22,4	2,4
Lisboa	571	17,7	1,9
Grândola	13	17,6	1,9
Sines	14	17,2	1,9
Porto	223	17,0	1,8
Peniche	23	15,6	1,7
Póvoa de Varzim	17	15,5	1,7
Odivelas	133	15,0	1,6
Portimão	53	14,4	1,6
Loures	160	14,2	1,5
Aveiro	60	13,5	1,5
Almada	131	13,4	1,5
Setúbal	85	12,5	1,4
Oliveira do Bairro	15	12,0	1,3
Bragança	22	11,8	1,3
Seixal	110	11,8	1,3
Palmela	42	11,5	1,3
São João da Madeira	13	11,0	1,2
Moita	40	10,8	1,2
Albufeira	32	10,8	1,2
Porto de Mós	13	10,7	1,2
Cascais	126	10,6	1,1
Coimbra	78	10,2	1,1
Sesimbra	29	10,1	1,1
Vila Franca de Xira	74	10,1	1,1
Faro	39	10,0	1,1

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Nota: *Rate ratio* é a razão entre a taxa de diagnóstico de infeção por VIH observada no concelho e a taxa de diagnóstico calculada para o país no período equivalente, que foi de 9,2 casos/10^5 habitantes.

Quadro 23. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico												
		1983-2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
Heterossexual	Sub-total	25 562	841	806	696	677	473	585	485	525	557	499	31 706	46,7
	H	13 877	443	426	371	333	228	287	243	239	279	257	16 983	
	M	11 682	398	380	325	344	245	298	242	286	278	242	14 720	
GBHSH	Sub-total (H)	9 641	556	499	450	467	388	411	408	418	437	344	14 019	20,7
UDI	Sub-total	19 293	47	40	36	47	30	27	27	25	19	9	19 600	28,9
	H	15 934	39	34	26	41	27	21	24	22	18	6	16 192	
	M	3 357	8	6	10	6	3	6	3	3	1	3	3 406	
	T	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Mãe-filho	Sub-total	481	6	9	5	0	2	5	5	7	3	1	524	0,8
	H	218	2	4	1	0	1	2	4	4	2	0	238	
	M	261	4	5	4	0	1	3	1	3	1	1	284	
Transfusão ou Hemoderivados	Sub-total	467	4	1	6	3	2	1	2	3	2	4	495	0,7
	H	313	1	0	3	1	0	0	0	0	1	1	320	
	M	153	3	1	3	2	2	1	2	3	1	3	174	
	T	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Outro/Não determinado	Sub-total	124	3	2	3	8	3	5	3	6	7	5	169	0,2
	H	61	3	1	1	1	1	0	1	1	1	4	75	
	M	51	0	1	1	3	1	3	1	2	0	0	63	
	T	12	0	0	1	4	1	2	1	3	6	1	31	
Não referido	Sub-total	885	35	30	34	37	37	52	41	52	52	54	1 309	1,9
Total		**56 453**	**1 492**	**1 387**	**1 230**	**1 239**	**935**	**1 086**	**971**	**1 036**	**1 077**	**916**	**67 822**	**100,0**

Legenda: H - Homens; M – Mulheres; T – Pessoa transgénero; GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI –utilizadores de drogas injetadas.

Nota: 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.

Quadros

Quadro 24. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por tipo de vírus e ano de diagnóstico.

Tipo de vírus	Ano de diagnóstico												
	1983-2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
VIH 1	53 836	1 417	1 328	1 174	1 199	906	1 040	935	1 000	1 050	889	64 774	95,5
VIH 2	1 879	57	49	42	31	21	31	26	18	18	19	2 191	3,2
VIH 1+2	470	4	2	3	1	0	3	1	2	1	0	487	0,7
Não referido	268	14	8	11	8	8	12	9	16	8	8	370	0,5
Total	**56 453**	**1 492**	**1 387**	**1 230**	**1 239**	**935**	**1 086**	**971**	**1 036**	**1 077**	**916**	**67 822**	**100,0**

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Quadro 25. Casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por estádio clínico inicial e ano de diagnóstico.

Estádio inicial		Ano de diagnóstico											
		1983-2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Infeção aguda	**n**	**67**	**28**	**37**	**54**	**74**	**36**	**55**	**38**	**47**	**52**	**49**	**537**
	%	0,1	1,9	2,7	4,4	6,0	3,9	5,1	3,9	4,5	4,8	5,3	0,8
Assintomático	**n**	**32 640**	**980**	**929**	**803**	**793**	**566**	**640**	**588**	**634**	**635**	**548**	**39 756**
	%	57,8	65,7	67,0	65,3	64,0	60,5	58,9	60,6	61,2	59,0	59,8	58,6
Sintomático não-SIDA	**n**	**6 091**	**160**	**167**	**151**	**154**	**129**	**171**	**166**	**181**	**169**	**133**	**7 672**
	%	10,8	10,7	12,0	12,3	12,4	13,8	15,7	17,1	17,5	15,7	14,5	11,3
SIDA	**n**	**14 672**	**263**	**193**	**170**	**169**	**165**	**187**	**126**	**117**	**168**	**142**	**16 372**
	%	26,0	17,6	13,9	13,8	13,6	17,6	17,2	13,0	11,3	15,6	15,5	24,1
Não referido	**n**	**2 983**	**61**	**61**	**52**	**49**	**39**	**33**	**53**	**57**	**53**	**44**	**3 485**
	%	5,3	4,1	4,4	4,2	4,0	4,2	3,0	5,5	5,5	4,9	4,8	5,1
Total	**N**	**56 453**	**1 492**	**1 387**	**1 230**	**1 239**	**935**	**1 086**	**971**	**1 036**	**1 077**	**916**	**67 822**

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Quadro 26. Casos de infeção por VIH em crianças (1983-2025): distribuição por sexo, idade ao diagnóstico, país de nascimento e modo de transmissão, segundo o ano de diagnóstico.

Características	Ano de diagnóstico												
	1983-2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
Sexo													
Masculino	296	1	3	3	0	1	1	4	3	2	0	314	48,7
Feminino	307	4	5	2	0	2	3	2	3	1	0	329	51,0
Idade													
0-11 meses	285	1	3	1	0	1	0	2	1	1	0	295	45,7
1-4 anos	124	4	2	3	0	0	1	2	0	2	0	138	21,4
5-9 anos	84	0	2	0	0	0	1	1	2	0	0	90	14,0
10-12 anos	44	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	48	7,4
13-14 anos	68	0	1	1	0	1	0	1	2	0	0	74	11,5
Residência (NUTS II)													
Norte	117	1	0	0	0	2	0	1	1	1	0	123	19,1
Centro	40	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	41	6,4
Oeste e Vale do Tejo	20	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	23	3,6
Grande Lisboa	291	4	2	4	0	0	3	2	2	1	0	309	47,9
Península de Setúbal	72	0	3	0	0	1	0	2	0	0	0	78	12,1
Alentejo	16	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	18	2,8
Algarve	28	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	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	460	1	4	1	0	1	2	1	4	3	0	477	74,0
África Subsariana	118	3	4	3	0	2	2	4	2	0	0	138	21,4
Outra	20	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	23	3,6
Não referida	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1,1
Modo de transmissão													
Vertical	474	5	7	3	0	2	4	5	5	3	0	508	78,8
Transfusão ou hemoderivados	57	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	58	9,0
Heterossexual	25	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	26	4,0
GBHSH	7	0	0	0	0	0	0	0	1	0	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	1	0	0	0	0	0	0	0	13	2,0
Não referido	10	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	12	1,9
Total	**605**	**5**	**8**	**5**	**0**	**3**	**4**	**6**	**6**	**3**	**0**	**645**	**100,0**

Legenda: R.A. – região Autónoma; GBHSH – gays, bissexuais ou outros homens que têm sexo com homens; UDI – utilizadores de drogas injetadas

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Nota: 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.

Quadro 28. Casos de SIDA (1983-2025): 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	654	**649**	96	**96**	750	**745**	6,8	**6,8**
1991	263	**262**	49	**49**	312	**311**	5,4	**5,3**
1992	380	**378**	83	**83**	464	**462**	4,6	**4,6**
1993	489	**488**	104	**104**	593	**592**	4,7	**4,7**
1994	608	**607**	131	**131**	739	**738**	4,6	**4,6**
1995	718	**716**	143	**141**	862	**858**	5,0	**5,1**
1996	850	**846**	184	**183**	1 034	**1 029**	4,6	**4,6**
1997	913	**911**	169	**167**	1 082	**1 078**	5,4	**5,5**
1998	950	**946**	201	**200**	1 151	**1 146**	4,7	**4,7**
1999	1 048	**1045**	243	**242**	1 291	**1 287**	4,3	**4,3**
2000	983	**978**	239	**236**	1 222	**1 214**	4,1	**4,1**
2001	984	**979**	204	**203**	1 188	**1 182**	4,8	**4,8**
2002	985	**979**	220	**219**	1 205	**1 198**	4,5	**4,5**
2003	888	**885**	257	**250**	1 148	**1 138**	3,5	**3,5**
2004	866	**857**	228	**226**	1 094	**1 083**	3,8	**3,8**
2005	822	**813**	206	**204**	1 028	**1 017**	4,0	**4,0**
2006	693	**685**	260	**249**	953	**934**	2,7	**2,8**
2007	662	**655**	210	**205**	872	**860**	3,2	**3,2**
2008	623	**617**	229	**228**	853	**846**	2,7	**2,7**
2009	542	**533**	206	**203**	748	**736**	2,6	**2,6**
2010	551	**540**	232	**225**	783	**765**	2,4	**2,4**
2011	484	**480**	169	**168**	653	**648**	2,9	**2,9**
2012	448	**440**	192	**181**	641	**622**	2,3	**2,4**
2013	381	**372**	167	**164**	548	**536**	2,3	**2,3**
2014	309	**296**	93	**86**	402	**382**	3,3	**3,4**
2015	262	**246**	102	**98**	364	**344**	2,6	**2,5**
2016	293	**275**	114	**112**	407	**387**	2,6	**2,5**
2017	243	**243**	92	**92**	335	**335**	2,6	**2,6**
2018	195	**180**	98	**91**	293	**271**	2,0	**2,0**
2019	178	**167**	94	**86**	272	**253**	1,9	**1,9**
2020	177	**161**	70	**62**	247	**223**	2,5	**2,6**
2021	169	**162**	97	**93**	266	**255**	1,7	**1,7**
2022	140	**132**	50	**47**	190	**179**	2,8	**2,8**
2023	118	**114**	51	**48**	169	**162**	2,3	**2,4**
2024	144	**144**	81	**81**	225	**225**	1,8	**1,8**
2025	119	**119**	56	**56**	175	**175**	2,1	**2,1**
TOTAL	**19 132**	**18900**	**5 420**	**5 309**	**24 559**	**24 216**	**3,5**	**3,6**

Legenda: H - Homens; M – Mulheres; Diagn. SIDA PT – diagnóstico de estádio SIDA em Portugal.

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.

Quadro 29. Casos de SIDA (1983-2025): distribuição por grupo etário e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estádio.

		Ano de diagnóstico de SIDA											Total	
Grupo etário		**1983-2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**N**	**%**
<15 anos	Sub-total	148	2	4	1	0	0	1	2	1	0	0	**159**	**0,7**
	H	81	1	4	1	0	0	0	2	1	0	0	**90**	
	M	67	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	**69**	
15-19 anos	Sub-total	197	1	1	1	2	0	1	1	1	0	2	**207**	**0,9**
	H	125	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	**130**	
	M	72	0	0	1	2	0	0	1	0	0	1	**77**	
20-29 anos	Sub-total	4 797	42	40	24	15	21	20	19	22	30	19	**5 049**	**20,8**
	H	3 656	33	35	16	12	14	17	15	15	21	12	**3 846**	
	M	1 139	9	5	8	3	7	3	4	7	9	7	**1 201**	
30-39 anos	Sub-total	8 041	89	76	63	61	56	52	43	38	50	41	**8 610**	**35,6**
	H	6 551	59	53	39	35	40	28	29	28	34	31	**6 927**	
	M	1 487	30	23	24	26	16	24	14	10	16	10	**1 680**	
40-49 anos	Sub-total	4 863	124	97	75	92	67	81	47	43	51	58	**5 598**	**23,1**
	H	3 914	93	66	48	60	53	52	37	32	34	40	**4 429**	
	M	947	31	31	27	32	14	29	10	11	17	18	**1 167**	
50-59 anos	Sub-total	2 249	71	65	65	51	48	62	39	31	58	28	**2 767**	**11,4**
	H	1 760	52	43	46	39	36	40	31	21	34	17	**2 119**	
	M	489	19	22	19	12	12	22	8	10	24	11	**648**	
≥60 anos	Sub-total	1 403	58	52	42	32	31	38	28	26	36	27	**1 773**	**7,3**
	H	1 068	36	41	30	21	18	24	18	16	21	18	**1 311**	
	M	335	22	11	12	11	13	14	10	10	15	9	**462**	
Desconhecido	Sub-total	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**53**	**0,2**
	Total	**21 751**	**387**	**335**	**271**	**253**	**223**	**255**	**179**	**162**	**225**	**175**	**24 216**	**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.

Quadros

Quadro 30. Casos de SIDA (1983-2025): distribuição e taxa de incidência, por distrito da residência à data da notificação e ano de diagnóstico do estádio.

		Ano de diagnóstico de SIDA											Total	
Distrito/ Região		**1983-2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**N**	**%**
Aveiro	n	558	22	16	12	20	18	13	9	11	8	12	**699**	**2,9**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**3,1**	**2,3**	**1,7**	**2,9**	**2,6**	**1,8**	**1,2**	**1,5**	**1,1**	**1,6**	**-**	
Beja	n	126	3	0	1	2	2	3	1	2	2	4	**146**	**0,6**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**2,1**	**0,0**	**0,7**	**1,4**	**1,4**	**1,9**	**0,6**	**1,2**	**1,2**	**2,4**	**-**	
Braga	n	558	6	16	1	12	8	6	7	7	7	12	**640**	**2,6**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**0,7**	**1,9**	**0,1**	**1,4**	**0,9**	**0,7**	**0,8**	**0,8**	**0,8**	**1,3**	**-**	
Bragança	n	86	1	0	0	1	3	2	2	2	2	2	**101**	**0,4**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**0,8**	**0,0**	**0,0**	**0,8**	**2,4**	**1,6**	**1,6**	**1,6**	**1,6**	**1,6**	**-**	
Castelo Branco	n	150	5	7	3	2	4	4	1	4	3	1	**184**	**0,8**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**2,7**	**3,9**	**1,7**	**1,1**	**2,2**	**2,2**	**0,5**	**2,1**	**1,6**	**0,5**	**-**	
Coimbra	n	391	14	9	6	3	8	4	6	9	8	5	**463**	**1,9**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**3,4**	**2,2**	**1,5**	**0,7**	**1,9**	**1,0**	**1,4**	**2,1**	**1,8**	**1,1**	**-**	
Évora	n	133	5	4	0	0	0	0	2	2	1	1	**148**	**0,6**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**3,2**	**2,6**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**1,3**	**1,2**	**0,6**	**0,6**	**-**	
Faro	n	922	22	16	17	17	7	13	8	3	11	9	**1 045**	**4,3**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**4,9**	**3,5**	**3,7**	**3,7**	**1,5**	**2,6**	**1,5**	**0,5**	**1,9**	**1,6**	**-**	
Guarda	n	81	1	2	3	3	1	3	0	1	1	0	**96**	**0,4**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**0,7**	**1,4**	**2,1**	**2,1**	**0,7**	**2,2**	**0,0**	**0,7**	**0,7**	**0,0**	**-**	
Leiria	n	454	7	7	6	4	12	11	5	7	10	9	**532**	**2,2**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**1,5**	**1,5**	**1,3**	**0,9**	**2,6**	**2,3**	**1,0**	**1,4**	**2,0**	**1,7**	**-**	
Lisboa	n	9 045	154	135	112	102	92	95	66	62	99	68	**10 030**	**41,4**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**6,8**	**6,0**	**4,9**	**4,4**	**4,0**	**4,0**	**2,6**	**2,4**	**3,7**	**2,6**	**-**	
Portalegre	n	53	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	**60**	**0,2**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**0,9**	**0,9**	**1,9**	**0,9**	**0,9**	**0,9**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**-**	
Porto	n	4 841	71	45	37	41	26	35	25	25	26	29	**5 201**	**21,5**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**4,0**	**2,5**	**2,1**	**2,3**	**1,5**	**1,9**	**1,4**	**1,3**	**1,4**	**1,5**	**-**	
Santarém	n	481	8	10	9	3	4	5	3	5	9	4	**541**	**2,2**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**1,9**	**2,3**	**2,1**	**0,7**	**0,9**	**1,2**	**0,7**	**1,1**	**1,9**	**0,9**	**-**	
Setúbal	n	2 678	42	42	42	22	23	29	23	15	27	15	**2 958**	**12,2**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**4,9**	**4,9**	**4,9**	**2,5**	**2,6**	**3,2**	**2,5**	**1,5**	**2,7**	**1,5**	**-**	
Viana do Castelo	n	165	1	2	5	2	2	6	3	2	1	2	**191**	**0,8**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**0,4**	**0,9**	**2,2**	**0,9**	**0,9**	**2,6**	**1,3**	**0,8**	**0,4**	**0,8**	**-**	
Vila-Real	n	130	4	4	2	1	1	4	1	1	4	1	**153**	**0,6**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**2,1**	**2,1**	**1,1**	**0,5**	**0,5**	**2,2**	**0,5**	**0,5**	**2,1**	**0,5**	**-**	
Viseu	n	237	8	6	5	6	6	10	9	0	0	0	**287**	**1,2**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**2,2**	**1,7**	**1,4**	**1,7**	**1,7**	**2,9**	**2,5**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**-**	
R.A. Açores	n	117	2	3	2	2	1	1	2	2	4	0	**136**	**0,6**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**0,8**	**1,3**	**0,8**	**0,8**	**0,4**	**0,4**	**0,8**	**0,8**	**1,6**	**0,0**	**-**	
R.A. Madeira	n	197	4	3	2	3	2	1	2	2	2	1	**219**	**0,9**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**1,6**	**1,2**	**0,8**	**1,2**	**0,8**	**0,4**	**0,8**	**0,8**	**0,8**	**0,4**	**-**	
Estrangeiro	n	126	4	1	1	2	1	6	3	0	0	0	**144**	**0,6**
Desconhecido	n	222	2	6	3	4	1	3	1	0	0	0	**242**	**1,0**
TOTAL	n	21 751	387	335	271	253	223	255	179	162	225	175	**24 216**	**100,0**
	casos/10⁵ hab.	**-**	**3,7**	**3,2**	**2,6**	**2,4**	**2,1**	**2,4**	**1,6**	**1,4**	**2,0**	**1,5**	**-**	

Legenda: hab. - habitantes; R.A. - Região Autónoma.

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Quadro 31. Casos de SIDA (1983-2025): distribuição por modo de transmissão e sexo, segundo o ano de diagnóstico do estádio.

Modo de transmissão		Ano de diagnóstico de SIDA											Total	
		1983-2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	N	%
Heterossexual	Sub-total	8 710	249	196	192	178	146	160	108	103	153	115	**10 310**	**42,6**
	H	5 835	147	115	109	100	90	81	66	58	81	66	**6 748**	
	M	2 874	102	81	83	78	56	79	42	45	72	49	**3 561**	
GBHSH	Sub-total (H)	2 831	82	75	44	39	45	52	42	36	42	31	**3 319**	**13,7**
UDI	Sub-total	9 473	46	46	23	24	19	22	12	9	9	9	**9 692**	**40,0**
	H	8 002	39	38	18	21	16	16	9	8	9	8	**8 184**	
	M	1 471	7	8	5	3	3	6	3	1	0	1	**1 508**	
Outro/Não determinado	Sub-total	376	5	4	3	5	1	3	5	2	3	2	**409**	**1,7**
	H	236	3	4	1	2	0	1	4	2	3	0	**256**	
	M	134	2	0	2	3	1	2	1	0	0	2	**147**	
Não referido	Sub-total	361	5	14	9	7	12	18	12	12	18	18	**486**	**2,0**
Total		**21 751**	**387**	**335**	**271**	**253**	**223**	**255**	**179**	**162**	**225**	**175**	**24 216**	**100,0**

Legenda: H - homens; M – mulheres; GBHSH - gays, bissexuais ou outros homens que têm 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 transgénero, pelo que, para alguns anos e no global, o total é diferente da soma das partes.

Quadro 32. Óbitos notificados em casos de infeção por VIH e SIDA (1983-2025): distribuição por ano da morte.

Ano da morte	Mortes em casos de infeção VIH	Mortes em casos de SIDA
1983-1990	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	200	99
2022	172	78
2023	140	72
2024	115	52
2025	112	60
Desconhecido	252	115
Total	**16 185**	**11 368**

Fonte: INSA/DGS-SIVIDA/SINAVE

Quadro 33. Óbitos notificados em casos de infeção por VIH (1983-2025): distribuição por sexo e modo de transmissão, segundo o ano do óbito.

Características	Ano do óbito												
	1983-2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	NR	Total
Sexo													
Masculino	11 284	279	240	226	178	130	147	126	108	82	85	209	13 094
Feminino	2 510	93	85	64	58	46	53	46	32	33	27	43	3 090
Modo de transmissão													
Heterossexual	4 712	185	163	151	135	118	119	95	80	64	63	91	5 976
GBHSH	1 570	31	33	34	25	18	29	21	19	18	11	21	1 830
UDI	6 867	151	117	98	72	38	42	47	38	29	31	126	7 656
Outro/não referido	646	5	12	7	4	2	10	9	3	4	7	14	723
Total	**13 795**	**372**	**325**	**290**	**236**	**176**	**200**	**172**	**140**	**115**	**112**	**252**	**16 185**

Legenda: GBHSH – gays, bissexuais e outros 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.

Quadro 35. Distribuição de preservativos externos e internos e de gel lubrificante (2020-2025).

Ano	Preservativos Externos/Masculinos e Internos/Femininos	Gel Lubrificante
2020	2 984 801	862 992
2021	3 917 895	412 920
2022	5 257 221	1 660 752
2023	6 987 135	1 917 100
2024	6 609 330	1 805 900
2025	5 631 987	1 947 800

Fonte: DGS-PNISTVIH

Quadro 36. Distribuição de seringas do Programa Troca de Seringas (1993-2025).

Ano	N.º de Seringas Distribuídas
1993	277 095
1994	2 440 705
1995	2 853 005
1996	2 913 915
1997	3 250 185
1998	3 049 305
1999	2 992 165
2000	3 680 000
2001	3 590 000
2002	3 037 000
2003	2 272 000
2004	2 990 000
2005	2 505 000
2006	2 845 000
2007	2 640 000
2008	2 350 000
2009	2 740 000
2010	2 660 000
2011	1 210 000
2012	1 103 800
2013	950 652
2014	1 677 329
2015	1 004 706
2016	1 350 258
2017	1 421 666
2018	1 300 134
2019	1 413 228
2020	1 155 728
2021	1 132 770
2022	1 115 452
2023	1 021 974
2024	966 310
2025	962 680
Total	**65 909 382**

Fonte: DGS-PNISTVIH

Anexos

ANEXO I - Apoio à Sociedade Civil

As respostas da sociedade civil constituem um elemento fundamental na prevenção, diagnóstico precoce, ligação aos cuidados, adesão terapêutica e combate ao estigma associado ao VIH e às hepatites virais.

Em 2025, com um investimento de **€ 989 500,00**, a DGS financiou **16 projetos** de prevenção, rastreio e ligação aos cuidados de saúde no âmbito do VIH, hepatites virais e outras IST. Estes projetos realizaram **19 755 sessões de rastreio**, abrangendo **19 598 pessoas** e efetuando mais de **66 mil testes rápidos** (19 092 testes de VIH, 12 364 testes de VHB, 16 369 testes de VHC e 18 871 testes de sífilis, com proporções de reatividade de 1,1%, 1,6%, 0,8% e 1,3% respetivamente. A articulação com os serviços de saúde permitiu a referenciação e ligação aos cuidados de mais de **80%** das pessoas com resultados reativos e evidenciou a capacidade destas respostas para alcançar populações vulneráveis, incluindo um elevado número de pessoas que realizaram o teste pela primeira vez na vida (cerca de **40%**).

As organizações comunitárias desenvolveram igualmente atividades de prevenção e promoção da saúde, alcançando **40 825 pessoas**, distribuindo cerca de **1,9 milhões de preservativos** e referenciando mais de **1 300 pessoas** para PrEP e PPE. O Programa Troca de Seringas foi assegurado por seis projetos comunitários que distribuíram mais de **13 mil seringas**.

Os beneficiários dos projetos pertencem, na sua maioria, a populações chave, como sejam migrantes (40%), homens que têm sexo com homens (cerca de 20%) e trabalhadores do sexo e seus clientes (cerca de 12%). Foram ainda beneficiários dos testes, cerca de 20% de pessoas pertencentes à população em geral.

Paralelamente, através de um investimento de **€ 1 126 000,00**, foram apoiados **9 projetos de intervenção social e extra-hospitalar** dirigidos a pessoas que vivem com VIH e hepatites virais, beneficiando **4 484 pessoas e familiares**. Os projetos asseguraram apoio domiciliário, residencial e psicossocial, contribuindo para elevados níveis de adesão terapêutica (**100%**) e supressão virológica (**99%**) entre os utentes acompanhados.

Estas respostas promovem a melhoria e/ou a manutenção da qualidade de vida, a promoção da adesão aos cuidados e à terapêutica; a melhoria das condições sociais, a autovigilância, a aceitação e a adaptação à doença e evitam episódios de recorrência às urgências devido a infeções oportunistas assim como, reduzem o número e duração de períodos de internamento hospitalar. Têm-se revelado fundamentais nos processos de ligação e retenção nos cuidados de saúde, assim como na manutenção da carga viral suprimida das pessoas que vivem com VIH e na cura das pessoas infetadas pelo VHC.

Foi ainda financiado **1 projeto** no âmbito do **estigma e discriminação**, no montante de **€ 70 000, 00**, que prestou apoio jurídico e informação sobre direitos, combateu situações de discriminação e promoveu ações de formação, sensibilização e advocacia em defesa das pessoas que vivem com VIH e outras populações vulneráveis.

ANEXO II – Literacia e ações públicas

Semana Europeia do Teste

Em 2025, realizaram-se as Semanas Europeias do Teste da Primavera (18 a 25 de maio) e do Outono (23 a 30 de novembro), promovidas pela EuroTEST desde 2013, em parceria com instituições comunitárias e de saúde da Região Europeia da OMS. Estas iniciativas visam sensibilizar para a importância da realização regular de testes e promover o diagnóstico precoce da infeção por VIH, das IST e das hepatites virais.

Vários estudos indicam que a testagem regular, o diagnóstico precoce e a referenciação atempada para os cuidados de saúde, com início adequado do tratamento, são fundamentais para melhorar os resultados em saúde, reduzir a morbilidade e a mortalidade e prevenir a transmissão destas infeções. Por outro lado, o diagnóstico tardio e o atraso no acesso ao tratamento constituem fatores relevantes para a continuidade da transmissão do VIH e das hepatites B e C.

Dia Mundial do Preservativo

A 13 de fevereiro de 2025, a Direção-Geral da Saúde, através do PNISTVIH e do Programa Nacional para as Hepatites Virais, assinalou o Dia Internacional do Preservativo, celebrado desde 2008 por iniciativa da AIDS Healthcare Foundation, com uma campanha de sensibilização para o seu uso consistente, incluindo divulgação nas redes sociais e websites e distribuição gratuita de preservativos (Figura 41). A iniciativa pretende reforçar a importância do preservativo na prevenção das IST e de gravidezes não desejadas.

Esta campanha foi desenvolvida em articulação com as 10 cidades signatárias da Declaração de Paris, comprometidas em acelerar a resposta local ao VIH e às hepatites virais, com vista à eliminação destas infeções enquanto problemas de saúde pública até 2030.

Neste contexto, importa reforçar o acesso gratuito e facilitado aos preservativos, reconhecendo a sua eficácia, acessibilidade, baixo custo e versatilidade na prevenção das IST e de gravidezes não desejadas, bem como desenvolver estratégias que assegurem a sua disponibilização junto das populações que deles necessitam.



Figura 41. Imagem da campanha de promoção do uso de preservativo - Dia internacional do Preservativo.

Dia Mundial da SIDA

No dia 1 de dezembro, assinalou-se o Dia Mundial da SIDA, sob o tema "Ultrapassar as disrupções, transformando a resposta à SIDA" (Figura 43). A efeméride teve como objetivo reforçar a importância de manter a SIDA como uma prioridade de saúde pública, alertando para o facto de que esta luta ainda não terminou e de que persistem desafios que exigem uma resposta contínua e concertada, de modo a reduzir os riscos e alcançar a meta estabelecida nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de eliminar a SIDA enquanto ameaça de saúde pública até 2030.

A campanha, promovida pela ONUSIDA, procurou evidenciar o impacto da crise histórica de financiamento registada em 2025 na resposta global à SIDA, alertando para os riscos de retrocesso nos progressos alcançados. Neste contexto, apelou à adoção de abordagens inovadoras e transformadoras, assentes no reforço do compromisso político, na mobilização de recursos e na cooperação entre comunidades e parceiros internacionais, de forma a assegurar a continuidade das respostas de prevenção, diagnóstico, trata tratamento, contribuindo para o cumprimento das metas globais até 2030.

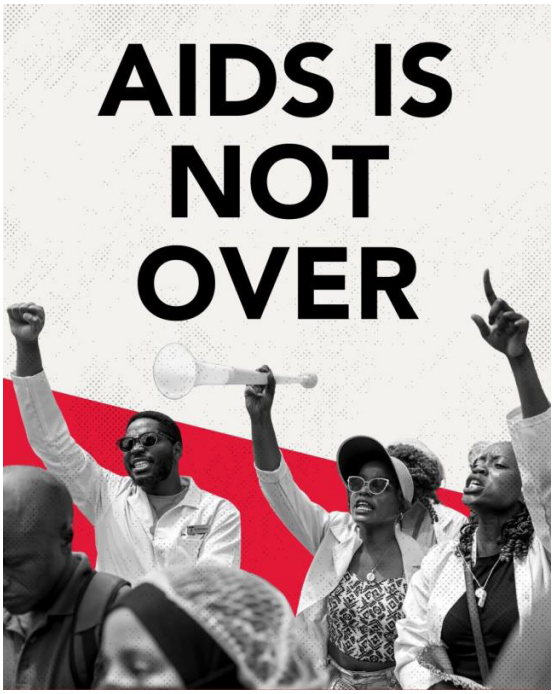


Figura 42. Imagem do Dia Mundial da SIDA 2025.

ANEXO III – 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 2026;
- Enquanto Estado Observador do Programme Coordinating Board – PCB, UNAIDS, nas reuniões:
  - 56.ª reunião do PCB da ONUSIDA, nos dias 24 a 26 de junho de 2025, em Genebra, e correspondentes reuniões preparatórias ocorridas em 13, 16. 17 e 18 de junho;
  - Sessão Especial do PCB da ONUSIDA, no dia 08 de outubro de 2025, e correspondente reunião preparatória ocorrida em 2 e 3 de outubro;
  - 57.ª reunião do PCB da ONUSIDA, nos dias 16 a 18 de dezembro de 2025, em Brasília, e correspondentes reuniões preparatórias ocorridas em 2, 3 e 5 de dezembro;
- Processo de *Dublin Declaration Monitoring*, em articulação com o FNSC, através de reuniões de trabalho realizadas nos meses de fevereiro e março de 2025.
- 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/ (abril a junho 2026);
- Articulação com o ECDC, através de dois elementos do PNISTVIH como *Operational Contact Poin*t para a rede de vigilância da infeção por VIH e membros 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 reunião do HIV DNCC, 19 de março de 2026; Revisão dos objetivos e *standards* para a vigilância da infeção VIH.
  - Participação no estudo *Piloting the revised HIV late diagnosis definition*, coordenado pela iniciativa *Euro-Test*, conclusão e publicação de artigo com os resultados obtidos. [Kirwan PD, *et al.* Multi-country study on the impact of a revised consensus definition of late HIV diagnosis, Europe, 2022 to 2023. Euro Surveill. 2026 Aug;31(32):2500921. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2026.31.32.2500921. PMID: 42596899; PMCID: PMC13476726].

Participação de Portugal na Joint Action SHIELD

A Direção-Geral da Saúde, através do PNISTVIH, integrou a Ação Conjunta Europeia "Estratégias para Intervenções de Saúde com vista à Eliminação do Cancro Relacionado com Infeções" (*Joint Action SHIELD*), com uma duração prevista de 36 meses, nomeadamente entre 1 de novembro de 2025 e 31 de outubro de 2028.

Esta iniciativa visa reduzir a morbilidade e a mortalidade prematuras associadas a doenças transmissíveis, em particular aos cancros relacionados com infeções e aos evitáveis por vacinação. Para tal, pretende-se desenvolver estratégias integradas de prevenção, abrangendo as intervenções de prevenção primária, secundária e terciária, identificar barreiras à sua implementação e promover a adoção de práticas eficazes nos diferentes contextos europeus. O projeto dará particular atenção aos fatores estruturais e individuais que condicionam o acesso e a eficácia das medidas preventivas, nomeadamente o estigma e a discriminação associados ao VIH e a outras infeções.

A *Joint Action SHIELD* reúne um total de 69 parceiros (31 Beneficiários, 36 Entidades Afiliadas, 2 Parceiros Associados) de 25 países europeus; 21 são Estados-Membros (Alemanha, Bélgica, Chéquia, Chipre, Croácia, Dinamarca, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Itália, Letónia, Lituânia, Malta, Países Baixos, Polónia, Portugal, Roménia e Suécia) e os 4 adicionais são a Bósnia e Herzegovina, Moldávia, Noruega e Ucrânia.

Portugal participa nesta *Joint Action* através da Direção-Geral da Saúde, enquanto Autoridade Competente, em articulação com duas Entidades Afiliadas: o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) e a Unidade Local de Saúde de Santo António.

Reestruturação da ONUSIDA

Na sequência de uma decisão da 53.ª reunião do PCB, em dezembro de 2023, a ONUSIDA iniciou um processo de reestruturação, visando otimizar os recursos disponíveis e ajustar a sua dimensão e presença global, de forma a apoiar os países na implementação da Estratégia Global para a SIDA 2026–2031[14] e na concretização da meta de eliminação da SIDA enquanto ameaça à saúde pública até 2030.

No final de 2025, a publicação do relatório da Iniciativa ONU80, proposta pelo Secretário-Geral das Nações Unidas, voltou a abrir a discussão sobre este processo, ao propor uma reestruturação do sistema das Nações Unidas, incluindo a eventual extinção e integração da ONUSIDA noutras agências do sistema das Nações Unidas. Esta possibilidade foi, contudo, amplamente rejeitada durante a 57.ª reunião do PCB, em dezembro de 2025, tendo sido criado um Grupo de Trabalho para identificar soluções que permitissem acelerar a reestruturação em curso, em alinhamento com a Iniciativa ONU80.

Na 58.ª reunião do PCB, em junho de 2026, foram apresentadas quatro opções para o futuro da ONUSIDA, tendo, após um processo de consulta às partes interessadas, sido desenvolvida uma proposta única, aprovada na Sessão Especial do PCB, em outubro de 2026. Esta prevê a criação de um modelo organizacional baseado num *hub*, assente nos seguintes princípios:

- Reforço da capacidade de implementação dos copatrocinadores, que assumirão a principal responsabilidade pelo trabalho técnico do Programa Conjunto, apoiados por um fundo comum;
- Redução progressiva da presença nos países, com transferência gradual das respetivas funções para as instituições nacionais;
- Manutenção de uma presença regional, assegurando funções de apoio técnico, monitorização e avaliação, resposta a crises e articulação com estruturas políticas e técnicas regionais;
- Preservação da liderança e participação das comunidades a nível global, regional e nacional, garantindo o envolvimento significativo das pessoas que vivem com VIH e das comunidades afetadas.

O modelo proposto prevê um *hub* mais compacto do que o atual Secretariado da ONUSIDA, mantendo as suas principais funções estratégicas, nomeadamente a orientação da Estratégia Global para a SIDA, a mobilização de compromisso político e financeiro, a prestação de contas e a recolha e análise de dados. Esta reestruturação pretende reforçar a abordagem One UN, promovendo uma maior integração e articulação das atividades das Nações Unidas aos níveis global, regional e nacional.

ANEXO IV - Métodos

Capítulo I

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

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

As notificações são efetuadas eletronicamente através 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 infeção VIH e SIDA (Anexo V e Anexo VI).

As taxas de diagnóstico são calculadas por habitante e os dados referentes ao número de residentes em Portugal usados nessas determinações são divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). Até 2020, as Estimativas Anuais de População Residente são definitivas e assentes nos recenseamentos da população anteriores. A partir de 2021, as Estimativas Anuais de População Residente são de base administrativa.

As taxas e os números apresentados não foram ajustados para o atraso da notificação. Assim, os números para o ano mais recente, bem como as variações apuradas com base nos valores desse ano, devem ser encarados como provisórios.

Os novos casos de infeção por VIH notificados incluem tanto os casos em que a infeção foi adquirida recentemente como casos em que a infeção ocorreu há vários anos, pelo que não são uma medida real de incidência. Assim, as taxas apresentadas para a infeção por VIH representam taxas de diagnóstico e não taxas de incidência. Contudo, as taxas referentes ao 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 e as ONG teve início em 2013 e veio comple-

mentar a atividade dos CAD, implementada em 1998.

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

A monitorização dos rastreios é realizada igualmente através da plataforma eletrónica de gestão de atividades e aquisições, 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 gentilmente cedidos pela ANF e AFP.

A informação sobre a PPE e sobre as metas 95-95-95 tem sido recolhida junto dos hospitais, nos últimos anos, com recurso a um questionário eletrónico.

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

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

Critérios clínicos (SIDA)

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

Adultos e adolescentes com idade igual ou superior a 15 anos
(Critérios baseados na referência: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS surveillance case definition. AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report 1993; n.º 37, pp. 23 -28.)

Crianças com idade inferior a 15 anos de idade
(Critérios baseados na referência: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. European case definition for AIDS surveillance in children — revision 1995. HIV/AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report 1995; n.º 48, pp. 46-53.)

Critérios laboratoriais (VIH)

Adultos, adolescentes e crianças com idade igual ou superior a 18 meses
Pelo menos um dos três critérios:

- Resultado positivo de um teste para a pesquisa de anticorpos anti-VIH ou de uma pesquisa combinada (anticorpos anti -VIH e antigénio p24 do VIH) E confirmação por uma pesquisa de anticorpos mais específica (por exemplo, Western blot);
- Resultado positivo de duas pesquisas de anticorpos por imunoensaio enzimático (EIA) E confirmação por um resultado positivo de uma outra pesquisa EIA;
- Resultados positivos em duas amostras separadas de, pelo menos, uma das três pesquisas seguintes:

  i) Deteção de ácido nucleico do VIH (VIH -ARN, VIH -ADN);
  ii) Demonstração da presença de VIH pelo teste do antigénio p24 VIH, confirmada por teste de neutralização;
  iii) Isolamento do VIH.

Crianças com menos de 18 meses:
Resultados positivos em duas amostras distintas (excluindo o sangue do cordão umbilical) de pelo menos uma

das três pesquisas seguintes:

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

Critérios epidemiológicos: Não aplicável.

Definição de caso:
Caso possível: Não aplicável.
Caso provável; Não aplicável.
Caso confirmado:

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

ANEXO VI - 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. Infeções bacterianas, múltiplas ou recorrentes, em criança com idade < 13* anos
12. Isosporíase intestinal crónica (com diarreia de duração superior a 1 mês)
13. Leucoencefalopatia multifocal progressiva
14. Linfoma de Burkitt (ou designação equivalente)
15. Linfoma imunoblástico (ou designação equivalente)
16. Linfoma, primitivo, do cérebro
17. *Mycobacterium avium complex* (MAC) ou *Mycobacterium kansasii* disseminado ou extrapulmonar
18. *Mycobacterium*, infeção por outras espécies ou espécies não identificadas, disseminada ou extrapulmonar
19. Pneumonia bacteriana recorrente (pelo menos dois episódios em 12 meses), em adulto ou adolescente com idade > 13* anos
20. Pneumonia intersticial linfoide e/ou hiperplasia linfoide pulmonar (complexo PIL/HLP) numa criança idade < 13* anos.
21. Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (ex *Pneumocystis carinii*)
22. Retinite por citomegalovirus, 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