

Programa Nacional para as Hepatites Virais

Relatório

2025

Programa Nacional para as Hepatites Virais

Relatório

2025

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
RELATÓRIO DO PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS 2025
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2025
ISBN: (e-book) 978-972-675-381-0

PALAVRAS-CHAVE

Hepatites virais, prevenção, diagnóstico, tratamento, cirrose hepática, carcinoma hepatocelular, mortalidade, transplante hepático.

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
pnhepatites@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

AUTOR

PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS
Alexandre Gomes, Conceição Outeirinho, Cristina Valente, Joana Bettencourt, João Madaleno, Patrícia Pita Ferreira, Rui Gaspar, Rui Tato Marinho, Vítor Magno Pereira.

DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE
Ana Mendes, Filipa Canha, Luciana Duarte, Maria do Mar Varela, Pedro Pinto Leite, Vítor Cabral Veríssimo.

DIREÇÃO
Rita Sá Machado

Lisboa, julho de 2025

ÍNDICE GERAL

SIGLAS/ACRÓNIMOS	10
RESUMO EM LINGUAGEM CLARA	13
SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE	15
SUMÁRIO EXECUTIVO	17
ENQUADRAMENTO	21
CAPÍTULO I VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	27
1. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica	28
2. Dados de Prevalência e Incidência de Hepatite B, Hepatite Delta e Hepatite C	29
3. Surto de Hepatite A (2023-2025)	30
4. Hemodiálise e diálise peritoneal	31
5. Dadores de Sangue	32
6. Dadores de órgãos	35
7. Pessoas que utilizam drogas	37
8. Internamentos	41
9. Mortalidade	43
CAPÍTULO II ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	47
1. Prevenção	48
2. Rastreio e Diagnóstico	53
2.4.1. Sala de Apoio Integrado em Lisboa – Programa de Consumo Vigiado	60
2.4.2. Programa de Consumo Vigiado Móvel	61
2.4.3. Programa de Consumo Vigiado do Município do Porto	61
3. Tratamento	62
4. Literacia em hepatites virais e doenças do fígado	66
5. Participações nacionais e internacionais	68
CAPÍTULO III ROTEIRO DE AÇÃO 2026	71
Roteiro de Ação 2026	72
REFERÊNCIAS	75

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1. Casos confirmados de hepatite A, por semana ISO de início de sintomas, 2024-2025(*)	30
Figura 2. Prevalência de hepatites virais por 100.000 dadores de sangue, 2017-2024	33
Figura 3. Incidência de hepatites virais por 100.000 dadores de sangue habituais, 2017-2024	34
Figura 4. Número de transplantes hepáticos por ano, 2012-2024	36
Figura 5. Utentes em tratamento ambulatorio hepatite C: Prevalências, 2017-2023	38
Figura 6. Utentes em tratamento ambulatorio hepatite C: Novas Infeções, 2017-2023	39
Figura 7. Utentes em Internamento em UD – VHC: Prevalências, 2013-2023	39
Figura 8. Utentes em Internamento em CT – VHC: Prevalências, 2013-2023	40
Figura 9. Número de internamentos por hepatite B em Portugal, de 2013 a 2024	42
Figura 10. Número de internamentos por hepatite C crónica em Portugal, de 2013 a 2024 (a sombreado assinala-se o período desde a introdução dos AAD)	42
Figura 11. Número de internamentos totais por algumas doenças hepáticas em Portugal, de 2017 a 2024	43
Figura 12. Número de mortes por doenças hepáticas e das vias biliares, em Portugal de 2017 a 2023 ¹	44
Figura 13. Cobertura vacinal contra o VHB por idade/coorte de nascimento, em Portugal, 2020-2024	48
Figura 14. Número de inoculações de vacina contra VHA e proporção por grupo (adulto ou pediatria), 2020-2024, em Portugal Continental	49
Figura 15. Quantidade de vacinas contra a hepatite B, administradas a utentes inscritos nas Unidades de Saúde, em 2024	50
Figura 16. Quantidade de vacinas contra a hepatite A, administradas a utentes inscritos nas Unidades de Saúde, em 2024	50
Figura 17. Quantidade de vacinas conjugadas contra a hepatite A e B, administradas a utentes inscritos nas Unidades de Saúde, em 2024	51
Figura 18. Número de seringas distribuídas por ano em Portugal, 1993–2024	52
Figura 19. Número de preservativos distribuídos, 2020-2024	52
Figura 20. Número de testes de AgHBs prescritos e realizados nos CSP e Hospitais, 2017-2024	53
Figura 21. Número de testes de anti-VHC prescritos e realizados nos CSP e Hospitais, 2017-2024	54
Figura 22. Proporção de problemas ativos - hepatites virais nos utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal Continental, 2024	54
Figura 23. Pirâmide etária de utilizadores dos CSP com registo de hepatites virais como problema ativo, 2024	55

Figura 24. Proporção de utentes com registo de hepatite viral como problema ativo nos Cuidados de Saúde Primários, por região de saúde, 2024	55
Figura 25. Proporção de utentes com registo de hepatite viral como problema ativo nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, na região Norte e região de Lisboa e Vale do Tejo, 2024	56
Figura 26. Prescrição de ALT e AST no SNS nos Cuidados Hospitalares e CSP, 2019-2024	57
Figura 27. Número de testes de AgHBs realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos, 2017-2024	59
Figura 28. Número de testes de anti-VHC realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos, 2017-2024	59
Figura 29. Número total de tratamentos de hepatite C autorizados e n.º total de tratamentos iniciados, 2015-2024	62
Figura 30. Percentagem de doentes curados e não curados e distribuição por genótipos, 2015-2024	63
Figura 31. Número de tratamentos de hepatite C autorizados por ano, 2015-2024	63
Figura 32. Grau de fibrose hepática nos tratamentos iniciados (%), 2015-2024	64
Figura 33. Dados epidemiológicos de hepatite B e C em contexto prisional, 2024	66
Figura 34. Campanha Semana Europeia do Teste	67
Figura 35. Infografia Dia Mundial Hepatites 2024	67

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1. Número de casos confirmados em Portugal notificados através da plataforma informática de suporte ao SINAVE e taxa de notificação por 100.000 habitantes, por hepatite viral e por sexo, 2020-2024	29
Tabela 2. Prevalência de hepatite B e C em doentes em hemodiálise e diálise peritoneal de 2017-2024	32
Tabela 3. Total de dadores VHB+ e VHC+, por ano (2017-2024) e por dadores de 1ª vez ou habituais	34
Tabela 4. Número de casos de hepatites B e C no universo dos transplantados, 2017-2024	35
Tabela 5. Número de casos de hepatite B e C transplantados no universo de transplantados do fígado, 2017-2024	37
Tabela 6. Prevalência de anti-VHC+ e novas infeções por VHC em utentes em tratamento (novos e readmitidos), 2023	38
Tabela 7. Prevalência de AgHBs+ e novas infeções por VHB em utentes em tratamento (novos e readmitidos), 2023	40

SIGLAS/ACRÓNIMOS

AAD	Antivirais de Ação Direta
anti-VHC	Anticorpo contra o Vírus da Hepatite C
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
AgHBs	Antigénio de superfície do vírus da hepatite B
ALT	Alanina Aminotransferase
ARN VHC	Ácido Ribonucleico do Vírus da hepatite C
ARS	Administração Regional de Saúde
AS	Autoridades de Saúde
AST	Aspartato Aminotransferase
BI - CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários
BIMH	BI para a Morbilidade Hospitalar
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CHC	Carcinoma hepatocelular
CT	Comunidades Terapêuticas
CTV	Comissão Técnica de Vacinação
DGRSP	Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
DGS	Direção-Geral da Saúde
DNO	Doenças de Notificação Obrigatória
DSIA	Direção de Serviços de Informação e Análise
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
GAT	Grupo de Ativistas em Tratamento
GBHSH	Gays Bissexuais e outros Homens que têm Sexo com Homens
HTLV 1 e 2	Vírus Linfotrópico de Células T Humanas
ICAD	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.
ICD9 CM	<i>International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification</i>
ICD10 M/PCS	<i>International Classification of Diseases 10th Revision Procedure Coding System</i>
ICPC	<i>International Classification of Primary Care/Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários</i>
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.

IPST	Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.
IST	Infeção/Infeções Sexualmente Transmissível/Transmissíveis
MCDT	Métodos Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
OBC	Organização de Base Comunitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não-Governamental
PH	Produção Hospitalar
PNHV	Programa Nacional para as Hepatites Virais
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PTS	Programa Troca de Seringas
RNU	Registo Nacional de Utentes
SAI	Sala de Apoio Integrada
RRMD	Redução de Riscos e Minimização de Danos
RVS	Resposta Viroológica Sustentada
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
SPN	Sociedade Portuguesa de Nefrologia
TSO	Programa de Substituição de Opióides
UD	Unidades de Desabitação
ULS	Unidades Locais de Saúde
UVIB	Unidade de Vacinas Imunização e produtos Biológicos
VHA	Vírus da hepatite A
VHB	Vírus da hepatite B
VHC	Vírus da hepatite C
VHD	Vírus da hepatite Delta
VHE	Vírus da hepatite E
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHA	<i>World Hepatitis Alliance</i>

RESUMO EM LINGUAGEM CLARA

O que é este documento?

Trata-se do Relatório, do ano de 2025, do Programa Nacional para as Hepatites Virais, um dos Programas de Saúde Prioritários da Direção-Geral da Saúde.

O que consta do documento?

O documento procura caracterizar a atual situação das hepatites virais em Portugal. Descreve as características clínicas e sociais, sintetiza as principais atividades de vigilância epidemiológica, prevenção, diagnóstico e tratamento, desenvolvidas no ano de 2024 e traça um roteiro de ação para o ano de 2026.

Quais são as principais conclusões?

- Portugal mantém elevada cobertura vacinal contra a hepatite B, em todas as coortes.
- Regista-se uma tendência crescente no número de testes de rastreio e de diagnóstico precoce de hepatite B e hepatite C, em diferentes contextos de prestação de cuidados.
- Regista-se uma tendência decrescente na proporção de resultados reativos para anti-VHC, mas tendência inversa na proporção de resultados reativos para AgHBs.
- Há a necessidade de manter o enfoque na promoção da realização do teste da hepatite B e C, pelo menos uma vez na vida, bem como considerar o diagnóstico precoce da doença hepática, no contexto da vigilância de saúde da população.
- Regista-se um aumento do número de pessoas tratadas para a hepatite C, com elevadas proporções de cura (97%).
- Verifica-se ainda elevada proporção de doentes com grau de fibrose hepática avançado previamente ao início do tratamento da hepatite C.
- Regista-se, nos últimos 2 anos, a redução em 40% do número de dias entre a autorização do tratamento da hepatite C e o seu início.

O que se quer atingir em 2026?

- Cumprir, de forma global, os objetivos definidos pela OMS para 2030 para as hepatites B e C, i.e. redução da incidência em 90% e da mortalidade em 65%.
- Melhorar o conhecimento da epidemiologia e da resposta integrada às hepatites virais em Portugal.
- Promover a vacinação contra a hepatite A e B na população adulta, em populações-chave e grupos vulneráveis e melhorar a literacia sobre o tratamento da hepatite B em Portugal.
- Promover o acesso imediato ao tratamento da hepatite C no momento da sua prescrição.
- Promover a integração de cuidados no doente hepático, ao nível hospitalar, dos cuidados de saúde primários e da saúde pública.

SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE

What is this document?

This is the 2024 Report of the National Program for Viral Hepatitis, one of the Priority Health Programs of the Directorate-General of Health.

What can I find in this document?

The document aims to characterize the current situation of viral hepatitis in Portugal. It describes the clinical and social characteristics, summarizes the main epidemiological surveillance, prevention, diagnosis, and treatment activities developed in 2024, and outlines a roadmap for 2026.

What are the main conclusions?

- Portugal maintains high hepatitis B vaccination coverage in all cohorts.
- There is a growing trend in the number of screening tests and early diagnostic testing for hepatitis B and hepatitis C, in different care settings.
- There is a downward trend in the proportion of reactive results for anti-HCV, but an inverse trend in the proportion of reactive results for HBsAg.
- There is a need to maintain the focus on promoting hepatitis B and C testing at least once in a lifetime, as well as considering the early diagnosis of liver disease, in the context of population health surveillance.
- There is an increase in the number of people treated for hepatitis C, with high cure rates (97%).
- There is a high proportion of patients with advanced liver fibrosis prior to starting treatment.
- In the past two years, there has been a 40% reduction in the number of days between authorization of hepatitis C treatment and its start.

What do we aim for 2026?

- To globally meet the WHO objectives for 2030 for hepatitis B and C, i.e., reducing incidence by 90% and mortality by 65%.
- Improve knowledge of the epidemiological distribution pattern and the integrated response to viral hepatitis in Portugal.
- Promote vaccination against hepatitis A and B in the adult population, key populations and vulnerable groups and improve knowledge about the treatment of hepatitis B in Portugal.
- Promote immediate access to hepatitis C treatment at the time of prescription.
- Promote the integration of care for liver patients, at hospital level, primary health care and public health.

SUMÁRIO EXECUTIVO

O Programa Nacional para as Hepatites Virais (PNHV) da Direção-Geral da Saúde (DGS), criado em 2016¹, no contexto da classificação das hepatites virais como um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), comprometeu-se com a missão de eliminar as hepatites virais B e C, minimizando as suas consequências até 2030 enquanto problema de saúde pública, de acordo com os objetivos preconizados pela OMS – reduzir, em 90%, o número de novos casos de infeção por vírus da hepatite B (VHB) e da hepatite C (VHC) e reduzir a mortalidade associada a essas infeções em 65% até 2030².

Este relatório descreve o que foi feito em Portugal, em 2024, em resposta às hepatites virais em matéria de vigilância epidemiológica, prevenção, rastreio, diagnóstico e tratamento, através de uma abordagem multissetorial e multidisciplinar.

Os dados disponíveis demonstram que o País mantém elevada cobertura vacinal contra a hepatite B nas diferentes coortes. Registam-se tendências crescentes no número de testes de pesquisa de AgHBs e de anticorpo anti-VHC, quer em contexto de prescrição nos Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares, quer através do rastreio de base comunitária.

Globalmente, o tratamento da hepatite C registou elevadas proporções de cura, superiores a 96%, aumentando para 98,5% na população reclusa. Registou-se uma redução da prevalência da hepatite C com replicação viral ativa no contexto de hemodiálise, a redução do número de doentes com cirrose hepática por infeção crónica por VHC submetidos a transplante hepático, assim como uma diminuição do número de internamentos associados à cirrose hepática por infeção crónica por VHC, com tendência favorável face aos valores anteriores a 2020, assim como do número de mortes diretamente provocadas por hepatites virais.

Constata-se ainda, o aumento do diagnóstico de hepatites virais a nível dos utilizadores dos CSP. Parece haver também um aumento na notificação de casos confirmados de todas as hepatites no SINAVE, particularmente, uma tendência crescente de notificação de casos confirmados de hepatite A, B e C.

De assinalar, a redução em 40%, do tempo médio decorrido entre a data de submissão do pedido de autorização para o tratamento da hepatite C e o seu início, nos últimos 2 anos, por eventual impacto da publicação da Portaria n.º 615/2022³.

A abordagem dos focos epidémicos de hepatite A, através da Equipa de Gestão e Resposta ao alerta da Hepatite A demonstrou, mais uma vez, a capacidade de resposta para a contenção de surtos, a par do aumento do número de doses administradas de vacina contra a hepatite A.

Persistem, contudo, alguns desafios na prevenção, deteção precoce, melhoria do acesso aos tratamentos e na melhoria da vigilância epidemiológica das hepatites virais.

O alargamento da vacinação contra a hepatite A e contra a hepatite B, de forma gratuita, à população adulta e populações-chave e grupos vulneráveis, nomeadamente migrantes provenientes de países de elevada endemicidade, mantém-se como um desafio, ao mesmo tempo, apresenta-se como uma oportunidade de melhoria dos resultados no nosso país.

SUMÁRIO EXECUTIVO

A elevada proporção de pessoas que vivem com hepatite C e que apresentam fibrose avançada previamente ao início do tratamento deve ser motivo de preocupação, dado o elevado risco desses doentes desenvolverem carcinoma hepatocelular (CHC).

O aumento do número de mortes por tumores do fígado e vias biliares intra-hepáticas, também deve justificar a melhoria da literacia sobre doenças do fígado e o aumento do rastreio e diagnóstico precoce.

ENQUADRAMENTO

Existem cinco vírus responsáveis pela maioria dos casos de hepatite viral: vírus da hepatite A (VHA), vírus da hepatite B (VHB), vírus da hepatite C (VHC), vírus da hepatite Delta (VHD) e vírus da hepatite E (VHE).

Das hepatites virais, apenas a hepatite Delta não integra a lista de Doenças de Notificação Obrigatória (DNO) em Portugal⁴. Contudo, é possível notificá-la, a partir da notificação da hepatite B, por esta ser condição necessária à infeção por VHD.

Todos os vírus das hepatites podem causar hepatite aguda. O VHA e o VHE são transmitidos principalmente pela exposição a alimentos ou água contaminados, ou pelo contacto com pessoas com infeção ativa; na sua maioria, são doenças autolimitadas, embora algumas pessoas possam evoluir para insuficiência hepática aguda.

A hepatite E pode assumir formas graves, particularmente em grávidas e em pessoas imunocomprometidas, podendo evoluir para formas crónicas.

O VHB, o VHC e o VHD são vírus transmitidos por via percutânea e parentérica e frequentemente causam hepatite crónica, podendo evoluir para formas mais graves, tais como cirrose e cancro do fígado. A hepatite B também pode transmitir-se da mãe para o recém-nascido (durante a gravidez ou imediatamente após o parto).

No caso da hepatite C e apesar da transmissão por via sexual ser menos frequente, tem-se assistido a uma mudança epidemiológica, reconhecendo-se um maior número de casos em homens gays, bissexuais ou em outros homens que fazem sexo com homens (GBHSH). O risco de transmissão durante a gestação/parto estima-se em 4-7%, podendo assumir valores mais elevados em mães que vivam com co-infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH).

O VHB e o VHC causam 96% da mortalidade por hepatite virais e, portanto, são graves problemas de saúde global.

A hepatite Delta é causada por um vírus incompleto, o VHD. A infeção pode ser classificada como co-infeção (infeção simultânea por VHD e VHB) ou superinfeção (pessoa que vive com hepatite B crónica e que adquire posteriormente a infeção por VHD); esta última é a forma mais grave de hepatite viral, pela progressão mais rápida e com evolução para cirrose em 70-80% dos casos. Estima-se que cerca de 5% das pessoas que vivem com hepatite B crónica vivam também com infeção por VHD.

A prevenção é a única forma de evitar a transmissão das hepatites virais, contribuindo para melhores resultados em saúde. Esta deve incluir:

- vacinação, particularmente contra o VHB e, quando apropriado, contra o VHA, podendo ocorrer em simultâneo. Existe uma vacina contra o VHE, que foi desenvolvida e licenciada na China, mas ainda não está amplamente disponível, nomeadamente em Portugal;
- precauções básicas de controlo de infeção;
- segurança na administração de injeções, sangue e no ato cirúrgico;

ENQUADRAMENTO

- prevenção da transmissão vertical do VHB;
- programas de redução de riscos e minimização de danos para pessoas que utilizam drogas por via injetável;
- programas de prevenção da transmissão sexual de VHA, VHB e VHC dirigidos a populações específicas que disponibilizem métodos de barreira;
- rastreio e tratamento da infeção crónica por VHB e VHC como prevenção secundária e terciária, dirigidos a populações em risco acrescido de infeção;

VACINAÇÃO

No que diz respeito à vacinação contra a Hepatite A, existem vacinas licenciadas, em dose infantil ou de adulto que deve ser administrada em 2 doses, aos 0 e 6-18 meses. Está indicada em viajantes para áreas de endemicidade intermédia ou alta, em pessoas que vivam em locais afetados por surtos, em pessoas que utilizam drogas por via injetável, em pessoas com múltiplos parceiros sexuais, em pessoas com doença hepática, e em pessoas para as quais a hepatite constitua um risco profissional.

Em contexto de pós-exposição, são elegíveis para vacinação os contactos de pessoas com hepatite A (coabitantes e contactos sexuais) que deverão ser vacinados até 2 semanas após a última exposição (Norma nº 003/2017 de 09/04/2017).

No caso da Hepatite B, a vacinação é a estratégia mais eficaz para a prevenção do aparecimento de novos casos. O esquema standard de Engerix B® consiste na administração de 3 doses de 20 µg aos 0, 2 e 6 meses.

A vacinação contra a hepatite B, para além da prevenção da infeção e da transmissão vertical, tem impacto na prevenção do cancro do fígado. De acordo com o *Centers for Disease Prevention and Control* (CDC), a vacinação está disponível para todas as faixas etárias, estando recomendada em idade pediátrica, quando não vacinadas. Os adultos com idades compreendidas entre os 19-59 anos e adultos com idade superior ou igual a 60 anos e com risco acrescido de aquisição do VHB devem ser vacinados; aos adultos com idade superior ou igual a 60 anos e sem fatores de risco, também pode ser recomendada a vacinação^{5,6}.

São mais vulneráveis à infeção por VHB, pessoas com risco acrescido de exposição sexual (parceiros de pessoas com a infeção por VHB, pessoas sexualmente ativas não monogâmicas, ou seja com mais de 1 parceiro sexual nos últimos 6 meses, pessoas com infeções sexualmente transmissíveis (IST); GBHSH; pessoas com consumo atual ou recente de drogas por via injetável; pessoas com risco de exposição percutânea ou mucosa a sangue (coabitantes de pessoas com a infeção por VHB, residentes e profissionais de instituições de pessoas com deficiência, profissionais de saúde, agentes de segurança pública com risco de exposição a sangue e/ou fluidos orgânicos, pessoas hemodialisadas e diabéticas); outros, tais como viajantes para países com elevada prevalência, indivíduos com doença hepática crónica, pessoas que vivem com VHC e pessoas em situação de reclusão.

PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

Com o objetivo de proteger o doente e o profissional de saúde devem ser aplicadas as seguintes medidas, de acordo com os procedimentos: higiene das mãos de forma sistemática; uso de luvas; proteção de roupas de trabalho; tratamento dos dispositivos de material médico; tratamento da roupa da cama; gestão de resíduos; desinfecção do ambiente e proteção pessoal e proteção do doente.

SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE INJEÇÕES, SANGUE E CIRURGIAS

O risco de transmissão nosocomial de VIH, VHB ou VHC, pode ser minimizado através do cumprimento das recomendações, isto é, o que já constitui a prática em Portugal.

De acordo com o Manual de Gestão de Dadores, todas as dádivas são rastreadas para as hepatites B e C e infeção por VIH (ISBN 978-90-815585-1-8, de 7/11/2011).

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO MATERNO-FETAL DE VHB

A eliminação da infeção por VHB como uma ameaça de saúde pública requer estratégias de prevenção que incluem a imunização universal a todos os recém-nascidos e outras intervenções para prevenir a transmissão vertical de VHB (da mãe para o recém-nascido), através da vacinação, administração de Imunoglobulina e tratamento antivirico em mães AgHBs positivo, a partir da 28^a semana, perante a apresentação de determinados critérios.

As infeções que ocorrem no período perinatal e na primeira infância levam a elevadas taxas de cronicidade.

A vacina contra a hepatite B, administrada 24 horas após o parto, é das medidas de saúde pública mais eficazes para o controlo da hepatite B e do carcinoma hepatocelular⁷. De acordo com a OMS, apenas metade dos países adotam esta estratégia. A maioria dos que não usam a vacinação neste período precoce da vida são países de África. Portugal incluiu esta vacina no PNV de forma universal, no ano de 2000.

A OMS recomenda atualmente a imunização universal de bebés, com pelo menos 3 doses da vacina contra hepatite B. A primeira dose deve ser administrada o mais breve possível após o nascimento. A conclusão do esquema vacinal infantil contra a hepatite B leva à proteção imunológica e à prevenção da infeção em mais de 95% das crianças.

No caso de mãe que viva com infeção por VHB, a profilaxia infantil com imunoglobulina contra hepatite B logo após o nascimento (quando disponível) e a profilaxia materna periparto com antivirais podem fornecer proteção adicional para a prevenção da transmissão vertical do VHB. Desde 2020, a OMS também recomenda que mulheres grávidas com infeção por VHB (AgHBs positivo) recebam profilaxia com tenofovir a partir da 28^a semana de gestação até pelo menos à data do nascimento, sob certas condições (isto é, valor de ADN-VHB). Essa recomendação, somada à vacinação contra hepatite B com esquema de três doses em todos os bebés, ajuda a prevenir a transmissão do VHB durante a gestação e o parto.

MEDIDAS DE REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS PARA PESSOAS QUE UTILIZAM DROGAS POR VIA INJETÁVEL

A OMS recomenda serviços de prevenção baseados em evidência, incluindo a distribuição de agulhas e seringas esterilizadas para pessoas que utilizam drogas por via injetável e terapêutica de substituição de opióides para pessoas com dependência de opiáceos. A implementação destas intervenções é essencial para controlar as epidemias de hepatites virais e de infeção por VIH, tem, no entanto, uma cobertura global insuficiente.

Em Portugal, o Programa Troca de Seringas e os Programas de Substituição de Opióides estão implementados há vários anos, com resultados assinaláveis na redução da incidência de infeções por VIH, VHB e VHC na população utilizadora de drogas por via injetável.

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO SEXUAL DE VHA, VHB E VHC DIRIGIDOS A POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

É crucial implementar estratégias de educação e sensibilização, promover o uso consistente dos métodos de barreira, incluindo preservativo e *dental dam*, garantir o acesso ao rastreio e diagnóstico precoce, e oferecer aconselhamento e tratamento adequados.

As campanhas de sensibilização, devidamente adaptadas e dirigidas, devem começar ainda em idade escolar precoce e continuar até ao ensino superior. Toda a comunidade deve beneficiar de campanhas de informação, podendo as redes sociais constituir um meio privilegiado e facilitador para a sua divulgação. Em populações em risco acrescido de infeção, como GBHSH, profissionais do sexo e pessoas que utilizam drogas por via injetável, essas intervenções devem ser adaptadas às suas necessidades específicas. Os materiais preventivos e a educação sexual, devem estar incluídos nos programas de prevenção nas clínicas de atendimento destas populações.

RASTREIO E TRATAMENTO DA INFEÇÃO CRÓNICA POR VHB E VHC COMO PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA, DIRIGIDOS A POPULAÇÕES EM RISCO ACRESCIDO DE INFEÇÃO

Com vista ao cumprimento das metas da OMS, as estratégias de macroeliminação, como a testagem universal, pelo menos uma vez na vida ou as de microeliminação dirigidas a populações mais vulneráveis, seriam as medidas a aplicar. Para isso, é necessário aumentar a consciencialização na população em geral e nos profissionais de saúde; identificar, diagnosticar e tratar os casos ativos; e promover e implementar estratégias de vigilância de possíveis reinfeções. Estas medidas exigem uma forte ligação aos cuidados de saúde, um acesso fácil ao tratamento e a responsabilização de todos os intervenientes.

Capítulo I

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A resposta nacional às hepatites virais implica um conhecimento válido e atualizado destas infeções em Portugal, incluindo conhecimentos, atitudes e comportamentos que influenciam o risco, incidência e prevalência, morbidade e mortalidade, e a dimensão da resposta existente e seus resultados.

Este capítulo pretende caracterizar as hepatites virais em Portugal, designadamente na população em geral, e especificamente na população que utiliza drogas, na população em situação de reclusão, nos dadores de sangue, nas pessoas hemodialisadas, nos dadores de transplantes e nos transplantados, entre outras.

A informação constante deste capítulo provém de múltiplas fontes de diversos organismos, como a Direção-Geral da Saúde (Unidade de Vacinas, Imunização e Produtos Biológicos (UVIB), Direção de Serviços de Informação e Análise (DSIA) e plataforma informática de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE)), as Unidades Locais de Saúde (ULS), a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. (ICAD), o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (IPST), a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), o Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE), a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), o Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) e as Organizações não-Governamentais (ONG) e Organizações de Base Comunitária (OBC) que atuam nesta área.

1. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

As hepatites virais, com exceção da hepatite Delta, são doenças de notificação obrigatória (DNO) e integram a rede de informação e comunicação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE). A notificação da hepatite Delta deve ocorrer no momento do diagnóstico da hepatite B, nos casos de co-infecção, ou de forma retrospectiva, em casos de superinfecção, sendo necessário atualizar a notificação inicial da hepatite B para incluir essa informação.

Os dados de vigilância epidemiológica sobre hepatites A, B (incluindo a Delta), C e E foram obtidos a partir da plataforma informática de suporte ao SINAVE (Tabela 1). Destaca-se que os dados relativos ao ano de 2024 são ainda provisórios.

Verifica-se um aumento significativo do número de casos confirmados de hepatite A, relacionados com o surto de 2023-2025, descrito adiante. Observa-se igualmente um aumento no número de casos confirmados de infecção por VHB (mais 91 casos confirmados face a 2023, um aumento de 51%). Estes valores são inclusivamente superiores aos valores anteriores à Pandemia COVID-19. Estes dados merecem atenção, pois apesar de se poderem relacionar com o potencial aumento de consciencialização para a importância do rastreio de hepatites, e com uma maior literacia sobre esta infeção, também pode estar relacionado com o aumento do número de casos de hepatite B a nível europeu e com movimentos migratórios de pessoas oriundas de países com maior endemicidade da doença e menores taxas de coberturas vacinais.

Dos casos confirmados de hepatite B notificados através da plataforma informática de suporte ao SINAVE em 2024, registam-se ainda 4 casos com registo superinfecção/co-infecção VHD conhecida, uma incidência de 1,42% entre os casos confirmados desse ano. Mantém-se a tendência de subnotificação em SINAVE da hepatite Delta.

Relativamente à Hepatite C, foi introduzida em 2024 uma alteração metodológica significativa, condicionando uma quebra de série, que pode justificar o aumento do número de notificações registadas para o ano em análise. Em particular, foi reforçada a promoção da notificação clínica tendo por base a notificação laboratorial, contribuindo para o aumento da sensibilidade do sistema de vigilância. Importa sublinhar, contudo, que este aumento no número de notificações pode não refletir necessariamente um real aumento da circulação de VHC, considerando que, a data de diagnóstico pode não corresponder efetivamente ao ano em análise, ou seja, poderá tratar-se de um atraso de notificação de anos anteriores. Assim, estes dados merecem uma ação concertada de saúde pública, com vista à identificação dos fatores biopsicossociais associados.

Relativamente à Hepatite E, verifica-se em 2024 uma tendência similar no número de casos confirmados e da taxa de notificação por 100.000 habitantes, face a anos anteriores. Mantém-se ainda a tendência destas infeções afetarem predominantemente o sexo masculino.

O SINAVE permite identificar e monitorizar situações de risco em Saúde Pública. Funciona com base na colaboração entre médicos notificadores, Autoridades de Saúde, Unidades de Saúde Pública, laboratórios e todas as entidades do sistema de saúde. É essencial reforçar a importância da notificação obrigatória, clínica e laboratorial, como base do conhecimento epidemiológico e definição de estratégias de intervenção. A qualidade da informação e a atuação dos serviços operativos de saúde pública, aliadas ao modelo de cuidados integrados das ULS, são determinantes para o fortalecimento da vigilância epidemiológica.

Tabela 1. Número de casos confirmados em Portugal notificados através da plataforma informática de suporte ao SINAVE e taxa de notificação por 100.000 habitantes, por hepatite viral e por sexo, 2020-2024

Ano		HEPATITE A			HEPATITE B			HEPATITE C			HEPATITE E
		M	F	T	M	F	T	M	F	T	T**
2020	Casos confirmados	9	11	20	76	53	129	117	43	160	11
	Notificação / 100.000 hab.	0,2	0,2	0,2	1,5	1,0	1,2	2,4	0,8	1,5	0,1
2021	Casos confirmados	7	6	13	79	59	138	114	34	148	10
	Notificação / 100.000 hab.	0,1	0,1	0,1	1,6	1,1	1,3	2,3	0,6	1,4	0,1
2022	Casos confirmados	17	13	30	102	77	179	139	50	189	18
	Notificação / 100.000 hab.	0,3	0,2	0,3	2,0	1,4	1,7	2,8	0,9	1,8	0,2
2023	Casos confirmados	28	12	40	120	60	180	176	58	234	23
	Notificação / 100.000 hab.	0,6	0,2	0,4	2,4	1,1	1,7	3,5	1,0	2,2	0,2
2024*	Casos confirmados	256	63	319	146	125	271	437	135	572	26
	Notificação / 100.000 hab.	2,4	0,6	3,0	2,8	2,2	2,5	8,5	2,4	5,3	0,2
TOTAL	Casos confirmados	317	105	422	417	352	769	983	320	1303	88

* Dados provisórios

** Para assegurar o segredo estatístico, apenas se apresenta o valor total para ambos os sexos

M – sexo masculino; F – sexo feminino; T – total para ambos os sexos

Fonte: SINAVE e INE (para o cálculo da taxa de notificação foi utilizado como denominador a estimativa da população residente do INE, em cada ano)

2. Dados de Prevalência e Incidência de Hepatite B, Hepatite Delta e Hepatite C

Os últimos dados de prevalência nacional dizem respeito aos inquéritos serológicos nacionais 2015 – 2016 realizados pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA)^{8,9}. Nesse inquérito, a prevalência estimada para hepatite B crónica, pela presença de AgHBs positivo, foi de 0,4% (6 em 2 959). Cerca de 40% da população estudada apresentava imunidade comprovada a VHB com anti-HBs positivo (1.402 em 2.959). Para a hepatite C, a prevalência estimada foi de 0,3% (11 em 2.582).

Volvidos cerca de 10 anos desde a realização dos inquéritos serológicos, impõe-se a realização de estudos mais recentes que contribuam para o conhecimento atual da prevalência nacional das hepatites virais.

2.1. Hepatite Delta

Relativamente à hepatite delta, os dados disponíveis de Portugal reportam a 2023, com inclusão de 3 centros hospitalares portugueses (ULS Amadora Sintra, ULS São João e ULS São José) com uma seroprevalência de 6,3% do VHD em 1.441 pessoas que vivem com hepatite B, destacando-se uma prevalência muito superior na região Sul em relação à região Norte (8,3% vs 3,4%).

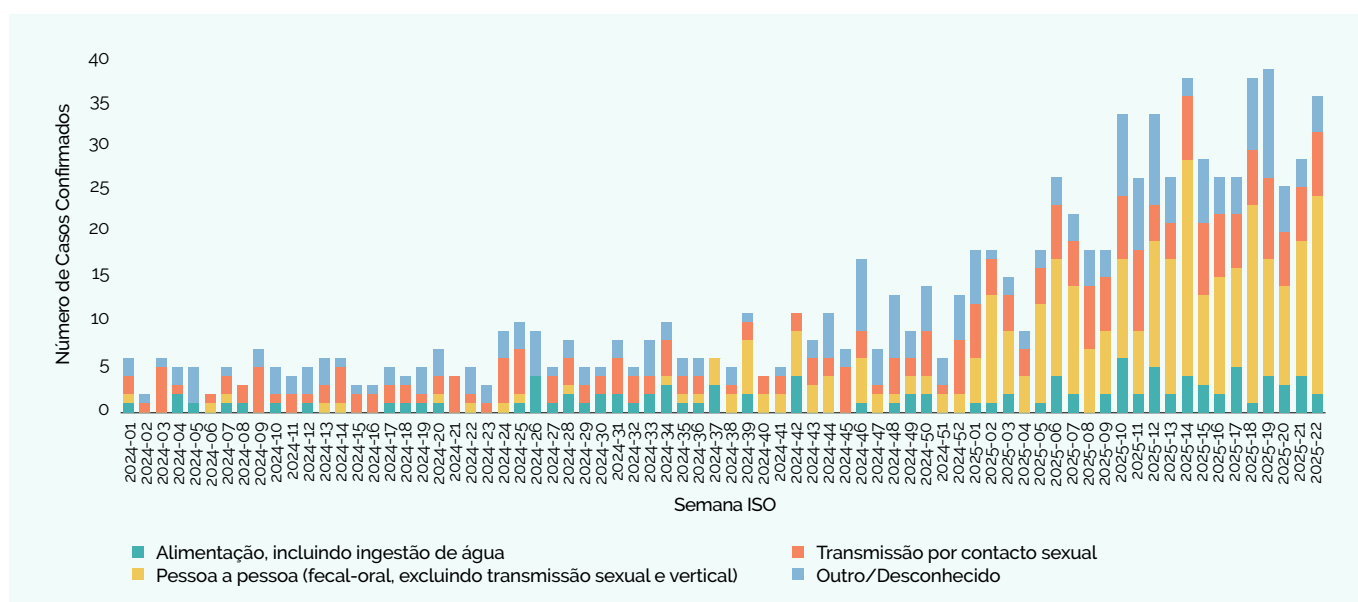
No que diz respeito às pessoas que vivem com o VIH, dados de 10 instituições hospitalares nacionais, identificaram 87 pessoas com infeção por VIH/VHB/VHD, dos quais cerca de 20% são acompanhadas nas regiões Norte e Centro e as restantes na região sul, sobretudo em Lisboa e Vale do Tejo. O perfil demográfico revelou o sexo masculino como predominante (75%), com média de idades de 50 anos. Portugal é o país de origem de 49,1% dos casos e África representou 49,1% (em especial Guiné-Bissau). A história prévia de utilização de drogas, foi indicada como a principal via de transmissão, sobretudo em indivíduos do sexo masculino com naturalidade portuguesa. A via de transmissão relacionada com comportamentos sexuais foi referida na transmissão de casos de hepatite Delta oriundos de África, havendo nestes últimos uma proporção equitativa entre sexos (50%/50%). Avaliado o grau de fibrose nos casos em que foi possível aceder a estes dados, verificou-se que 43% dos indivíduos tinham um grau avançado de fibrose (F3-F4).

Mais recentemente um trabalho multicêntrico realizado em pessoas que vivem com VIH¹⁰, verificou uma prevalência de VIH/VHB/VHD de 14,5%. Apesar da maioria (55,9%) ser de nacionalidade portuguesa, os restantes tinham diversas proveniências destacando-se Guiné-Bissau (29,4%) e Angola (8,8%). Na população portuguesa, a transmissão através da utilização de drogas foi a via mais frequente, enquanto na população africana, a transmissão sexual foi a predominante. Neste estudo e nos indivíduos avaliados, 50% tinham um grau de fibrose avançado (F3, F4), o que demonstra a evolução mais agressiva do vírus delta.

3. Surto de Hepatite A (2023-2025)

Portugal é classificado como um país de baixa endemicidade para a hepatite A, apresentando, de forma recorrente, valores anuais inferiores a 1 caso confirmado por 100.000 habitantes. Excetua-se a esta tendência o surto de hepatite A que envolveu, além de Portugal, outros 15 países europeus entre 2016 e 2018 e que afetou predominantemente o grupo de GBHSH.

A partir de janeiro de 2024, detetou-se a partir da plataforma informática de suporte ao SINAVE um aumento do número de casos confirmados.



Fonte: SINAVE, DGS
 Nota: (*) Dados provisórios; dados de 2025 correspondem até a 30/06/2025

Figura 1. Casos confirmados de hepatite A, por semana ISO de início de sintomas, 2024-2025(*)

A maioria dos casos notificados entre 2024 e 2025 ocorreu em indivíduos do sexo masculino (76%), tendo sido verificado dois surtos em simultâneo. O primeiro, associado à transmissão por contacto sexual, apresenta uma distribuição geográfica com maior incidência nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte, especialmente na Área Metropolitana do Porto. Afeta predominantemente indivíduos do sexo masculino, com idades entre os 18 e os 44 anos. A genotipagem realizada identificou uma estirpe geneticamente semelhante à que circulou no surto europeu de 2016-2018, sugerindo uma possível circulação silenciosa do vírus desde esse período.

Adicionalmente, foi identificado um segundo surto localizado nas regiões do Algarve, Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo, com transmissão associada a condições deficitárias de salubridade, afetando sobretudo a população infantil.

Esta situação traduz um aumento da transmissão do vírus da hepatite A em Portugal, em linha com os surtos ativos reportados pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) em diversos países europeus.

A Equipa de Gestão e Resposta ao Alerta da Hepatite A, coordenada pela Autoridade de Saúde Nacional através do Centro de Emergências em Saúde Pública, integra elementos do PNHV, Programa Nacional para as IST e VIH, UVID, DSIA, DSPDPS e o INSA. Esta equipa é responsável pela caracterização epidemiológica e laboratorial dos casos, avaliação técnica e clínica, pela definição e recomendação de medidas de saúde pública, bem como pela comunicação nacional e internacional.

Entre as medidas implementadas destacam-se o rastreio e seguimento de contactos, a vacinação pré-exposição de grupos de risco e pós-exposição de contactos próximos e o desenvolvimento de campanhas de sensibilização, em articulação com organizações da sociedade civil e serviços de saúde sexual, incluindo a utilização de plataformas digitais e aplicações móveis de encontros.

A situação epidemiológica continua a ser monitorizada em permanência, com atualização sistemática da informação e reforço das medidas de prevenção e controlo.

4. Hemodiálise e diálise peritoneal

A vigilância da saúde, através da realização periódica de testes em contexto de hemodiálise, é fundamental para o diagnóstico atempado das hepatites B e C, para adequada referenciação para o tratamento e para a microeliminação da hepatite C nesta população.

A hepatite B está relativamente controlada no contexto da insuficiência renal crónica, desde há vários anos, dada a apertada vigilância protocolada, os cuidados alocados à vacinação e à prevenção da transmissão cruzada.

Os dados disponibilizados pela SPN espelham a constante vigilância por parte dos Centros de Hemodiálise para as hepatites virais. Os dados mais recentes disponíveis referem-se ao ano de 2024 e revelam a existência de 1,5% de pessoas portadoras de AgHBs positivo e de 0,15% de pessoas com anticorpo anti-VHC e ARN VHC positivos, no universo de utentes em hemodiálise. Quando se analisa a situação relativamente a utentes em diálise peritoneal, constata-se a existência de 0,76% de pessoas portadoras de AgHBs positivo e não se verificaram casos de anti-VHC e ARN VHC positivos. O número total de utentes em diálise e diálise peritoneal com anti-VHC e ARN+VHC positivos reduziu-se de 149 em 2017 para 21 em 2024 (Tabela 2). A SPN iniciou, imediatamente após a introdução dos Antivirais de Ação Direta (AAD), um programa de microeliminação da hepatite C em estreita colaboração com a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia.

A relevância do programa de controlo das hepatites virais por parte das Unidade de Diálise tem também como elevados benefícios a prevenção da doença hepática crónica que agrava o prognóstico da insuficiência renal crónica.

A eficácia terapêutica dos antiviricos para as hepatites virais B (Tenofovir, Entecavir) e C, bem como a sua segurança e eficácia no contexto da insuficiência renal, tem permitido o controlo eficaz da doença hepática, há alguns anos responsável por mortalidade e morbilidade não desprezíveis.

Tabela 2. Prevalência de hepatite B e C em doentes em hemodiálise e diálise peritoneal de 2017-2024

		DOENTES PREVALENTES	VHB COM AGHBS +	ANTI-VHC + ARN VHC +	ANTI-VHC + ARN VHC -	Nº DE DOENTES C/ SEROCONVERSÃO	Nº NOVOS DOENTES C/ ANTI-VHC +
2017	Hemodiálise	11.985	142	149	128	119	15
	Diálise peritoneal	756	10	11	1	1	2
2018	Hemodiálise	12.227	144	99	266	82	16
	Diálise peritoneal	787	12	10	2	1	4
2019	Hemodiálise	12.523	171	68	283	49	10
	Diálise peritoneal	852	9	8	3	1	2
2020	Hemodiálise	12.458	166	43	282	20	17
	Diálise peritoneal	878	9	2	9	1	1
2021	Hemodiálise	12.601	176	42	294	19	18
	Diálise peritoneal	886	5	1	9	2	1
2022	Hemodiálise	12.878	182	36	313	7	21
	Diálise	881	7	0	7	2	0
2023	Peritoneal	13.087	196	25	338	12	14
	Hemodiálise	889	5	0	5	0	1
2024	Diálise	13.177	198	21	321	12	14
	Peritoneal	912	7	0	3	0	0

Fonte: Sociedade Portuguesa de Nefrologia

5. Dadores de Sangue

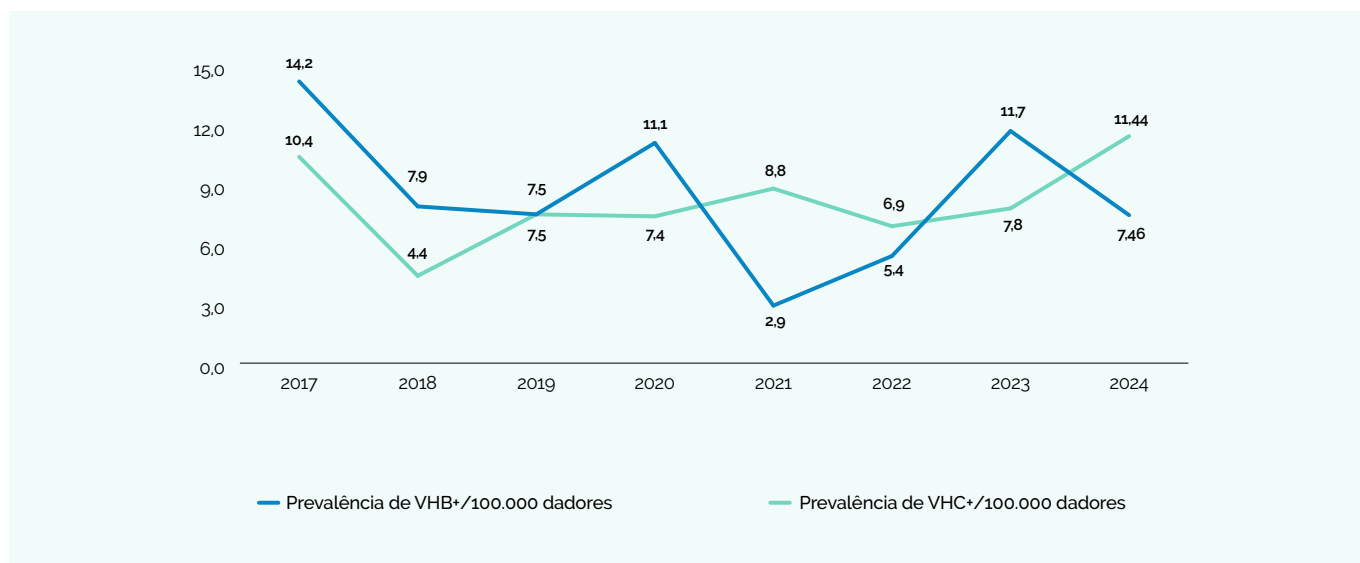
Todas as dádivas de sangue são analisadas quanto à presença de vírus da Hepatite B e C, VIH 1 e 2, Sífilis, e, para dadores de primeira vez, também são analisadas quanto a HTLV 1 e 2. Em determinados contextos epidemiológicos, por exemplo viagens recentes, os estudos analíticos podem ser alargados. Sempre que o resultado destes estudos estiver alterado ou for positivo, o dador é informado, sendo a unidade de sangue inutilizada.

O perfil epidemiológico do dador de sangue, apesar de não constituir um retrato completo da população portuguesa e não nos informar sobre a cronicidade dos casos estudados, pode dar algumas pistas importantes sobre a evolução das hepatites virais no nosso país. Como se sabe, a prevalência das hepatites virais nos dadores de sangue é inferior de um modo geral, à população em geral.

Verifica-se que a maioria dos dadores com rastreio positivo para hepatite B (AgHBs+) e para hepatite C (anti-VHC) são dadores de sangue pela primeira vez. Verifica-se um aumento do número de rastreios positivos para

hepatite B de 6 em 2021, para 15 em 2024, o que corresponde a uma prevalência de 7,46 rastreios positivos de hepatite B em 100.000 dadores, valores similares aos pré-pandémicos. De qualquer modo, existe uma redução assinalável do total de dadores AgHBs+ de 55 em 2012 para 15 em 2024. A prevalência desceu de 22/100.000 em 2015 para 7,46/100.000 dadores em 2024.

Para a hepatite C, o número de rastreios positivos tem sido consistente desde 2019, o que traduz em 2024 uma prevalência de 11,4 rastreios positivos de hepatite C em 100.000 dadores (Figura 2 e Quadro 3). O facto da maior parte dos dadores com rastreio positivo serem dadores de sangue pela primeira vez reforça a importância de todos os adultos conhecerem o seu estado serológico e realizarem o rastreio das hepatites virais pelo menos uma vez na vida e destaca o papel do IPST no rastreio e encaminhamento destes utentes para os cuidados de saúde.

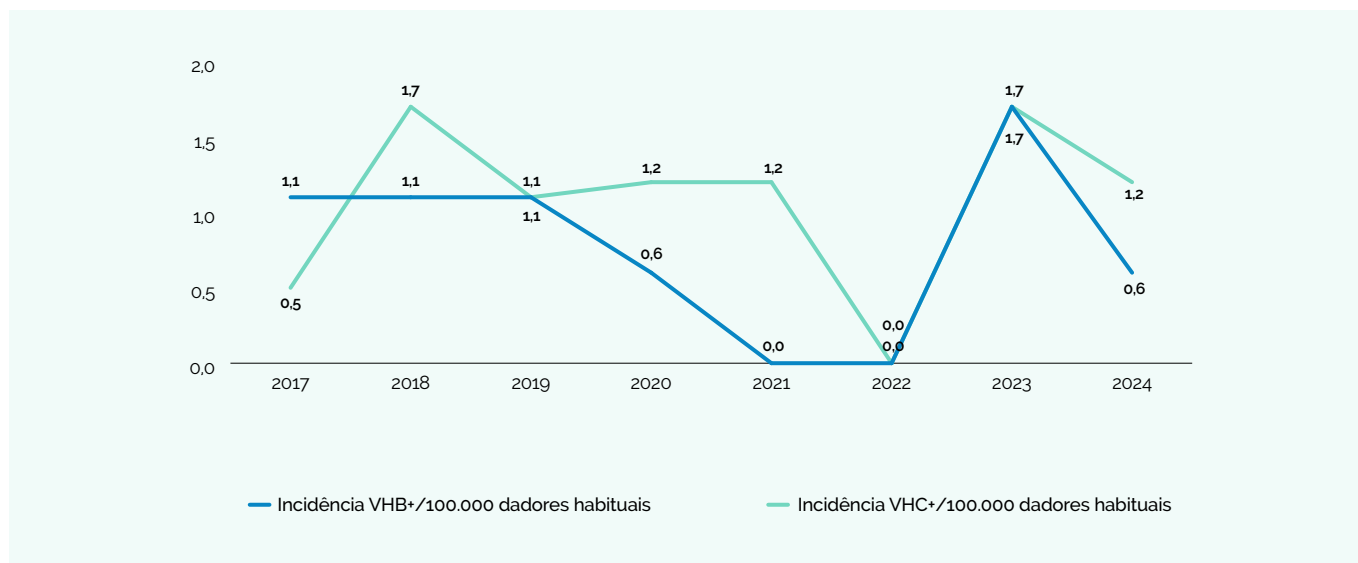


Fonte: IPST

Figura 2. Prevalência de hepatites virais por 100.000 dadores de sangue, 2017-2024

Analisando apenas o número de rastreios positivos em dadores de sangue habituais, verifica-se uma taxa de incidência tendencialmente baixa, apesar de em 2024 se ter detetado 1 caso de AgHBs+ e apenas 2 casos de anti-VHC em dadores habituais (Figura 3 e Tabela 3), o que reforça a importância da garantia de qualidade e segurança das dádivas de sangue e o encaminhamento adequado destes utentes para seguimento clínico, numa perspetiva de integração de cuidados.

Apesar de serem números muito reduzidos, destaca-se com esta casuística a importância de uma boa história clínica no acompanhamento de utentes que já tenham realizado pelo menos uma vez o rastreio das hepatites virais para aferir potenciais comportamentos de risco e a necessidade de repetição dos testes, caso se justifique, para diagnóstico diferencial, nomeadamente por alteração de outras provas analíticas hepáticas (nomeadamente ALT/AST).



Fonte: IPST

Figura 3. Incidência de hepatites virais por 100.000 dadores de sangue habituais, 2017-2024

Tabela 3. Total de dadores VHB+ e VHC+, por ano (2017-2024) e por dadores de 1ª vez ou habituais

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total de dadores VHB+	30	16	15	21	6	11	24	15
Total de dadores 1ª vez VHB+	28	14	13	20	6	11	21	14
Total de Dadores habituais VHB+	2	2	2	1	0	0	3	1
Total de dadores VHC+	22	9	15	14	18	14	16	23
Total de dadores 1ª vez VHC+	21	6	13	12	16	14	13	21
Total de Dadores habituais VHC+	1	3	2	2	2	0	3	2
Total de dadores	211.033	203.177	200.556	188.601	204.088	203.287	205.354	200.963
Total de dadores 1ª vez	25.824	24.646	24.987	27.034	34.537	32.930	32.739	31.726
Total de dadores habituais	185.209	178.531	175.569	161.567	169.551	170.357	172.615	169.237

Fonte: IPST

6. Dadores de órgãos

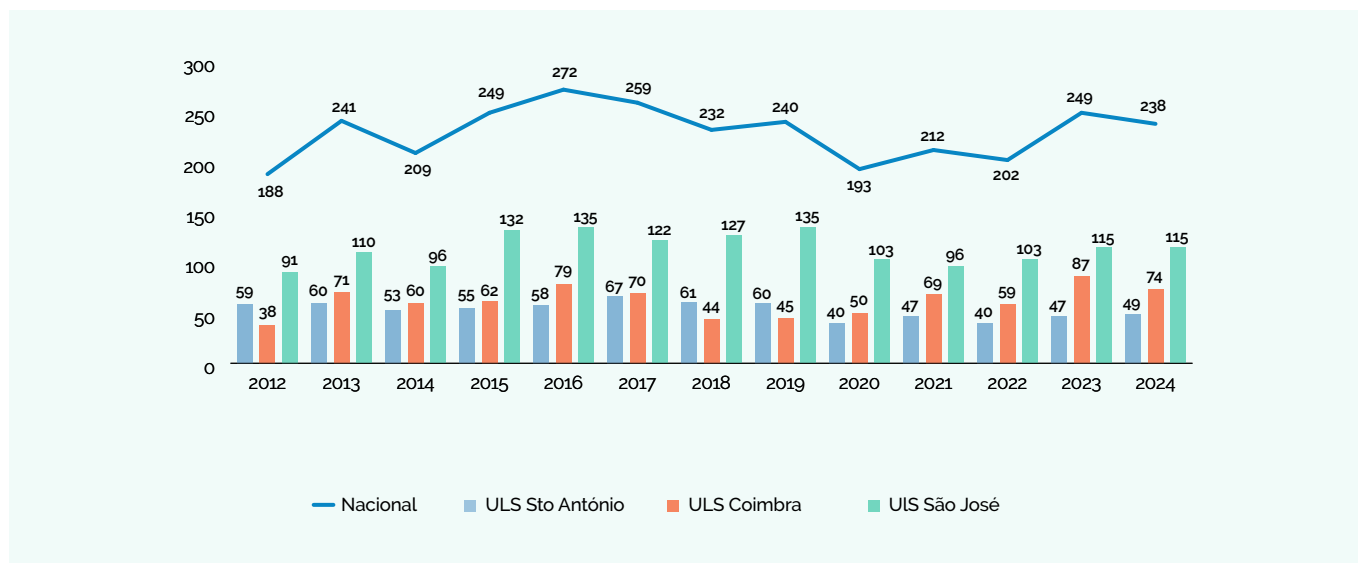
O IPST também faz vigilância dos órgãos sólidos utilizados em dádivas de órgãos. Desde 2017 que a incidência de VHB por 100 dadores de órgãos tem sido de zero. Para a hepatite C, o valor máximo registado foi em 2020, correspondendo a uma incidência de 1,6 casos de VHC por 100 dadores de órgãos sólidos, num total de 4 casos detetados em dadores de órgãos. Em 2024 registou-se uma incidência de zero casos de VHC entre dadores de órgãos sólidos (Tabela 4).

Tabela 4. **Número de casos de hepatites B e C no universo dos transplantados, 2017-2024**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total de dadores VHB+	0	0	0	0	0	0	0	0
Rim	0	0	0	0	0	0	0	0
Fígado	0	0	0	0	0	0	0	0
Pulmão	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de dadores VHC+	0	1	4	6	2	1	3	0
Rim	0	1	3	4	2	0	2	0
Fígado	0	0	1	2	0	1	1	0
Pulmão	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de dadores	361	344	347	253	302	318	375	374
Incidência VHB+/100 dadores	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Incidência VHC+/100 dadores	0,0	0,3	0,9	1,6	0,7	0,3	0,8	0,0

Fonte: IPST

O número de transplantes hepáticos tem aumentado nos últimos anos, apresentando em 2024 valores compatíveis com os valores pré-pandémicos (Figura 4). Os três centros hospitalares especializados em transplante hepático são as atuais ULS de Santo António, ULS Coimbra e ULS São José.



Fonte: IPST

Figura 4. Número de transplantes hepáticos por ano, 2012-2024

No universo dos transplantes hepáticos, alguns casos apresentavam hepatite B ou hepatite C crónicas. Des-tes, a maioria refere-se a casos de hepatite C, sendo que a incidência de pessoas que vivem com infeção por VHC+ transplantados por 100 transplantes de fígado tem vindo a diminuir de 16,8 em 2018 para 7,5 em 2024, correspondendo, respetivamente, a 39 e 18 casos. No que diz respeito a pessoas que vivem com infeção por VHB, o valor máximo registado foi de 7,3 casos de hepatite B transplantados por 100 transplantados do fígado em 2018, correspondendo a 17 casos. Já em 2024, apenas se transplantaram 6 pessoas com hepatite B crónica, ou seja 2,5 casos de hepatite B transplantados por 100 transplantes de fígado. É de salientar a proporção de transplantes realizados por carcinoma hepatocelular, cujos dados surgem agora de novo, o que constitui um dos objetivos do PNHV, correspondendo a 54 doentes transplantados por este motivo, quase um quarto do total (23%) (Tabela 5).

As tendências observadas nos transplantes hepáticos revelam mudanças significativas ao longo do tempo, refletindo os avanços médicos. Os dados relativos à redução de casos de hepatite C entre as pessoas trans-plantadas evidenciam o impacto de tratamentos antivirais mais eficazes, enquanto os números mais baixos de pessoas transplantadas com hepatite B sugerem um melhor controle através da vacinação e das terapêuticas antivirais (com terapias preventivas (Tenofovir e Entecavir)).

Além disso, um ponto que merece destaque nos dados de 2024 é o aumento proporcional nos casos de trans-plantantes ligados ao carcinoma hepatocelular, que se tornou uma das indicações mais frequentes para este pro-cedimento (32 em 2018 e 54 em 2024, os únicos anos com dados disponíveis). Este fenómeno pode ser atribuí-do à maior eficácia na gestão de outros fatores de risco, como a terapêutica antivirica oral nas hepatites virais B e C, bem como à melhoria na prática da hepatologia permitindo identificar de forma mais precoce os doentes para transplante hepático.

É de salientar o sistema de doação de órgãos de Portugal, destacado como um dos melhores a nível europeu e mundial. Além disso, o contributo dos três centros hospitalares especializados foi crucial para o cumprimento das metas estabelecidas pelo PNHV, destacando a sua importância no panorama nacional.

O transplante hepático é, não raramente, o último reduto para um doente com doença hepática terminal, pois sem a realização deste, a probabilidade de sobrevivência a médio prazo é praticamente nula.

Tabela 5. Número de casos de hepatite B e C transplantados no universo de transplantados do fígado, 2017-2024

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Casos de Hepatite B Transplantados	ND	17	7	11	8	6	8	6
Casos de Hepatite C Transplantados	ND	39	39	21	24	21	27	18
Total de transplantados (Fígado)	259	232	240	193	212	202	249	238
Carcinomas hepatocelulares	ND	32	ND	ND	ND	ND	ND	54
Incidência VHB+/100 transplantados	ND	7,3	2,9	5,7	3,8	3,0	3,2	2,5
Incidência VHC+/100 transplantados	ND	16,8	16,3	10,9	11,3	10,4	10,8	7,5

Fonte: IPST

7. Pessoas que utilizam drogas

De acordo com o "Relatório Anual 2023 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências"¹¹ do ICAD, em 2023 encontravam-se registados no sistema de registo clínico eletrónico único e de utilização universal (SIM – Sistema de Informação Multidisciplinar), 43.981 utentes ativos distintos nas estruturas de tratamento de pessoas com comportamentos aditivos.

No que diz respeito às hepatites virais, em 2023, a prevalência nos grupos de utentes em tratamento por problemas relativos ao uso de drogas (exceto em reclusão) enquadraram-se no padrão dos últimos anos.

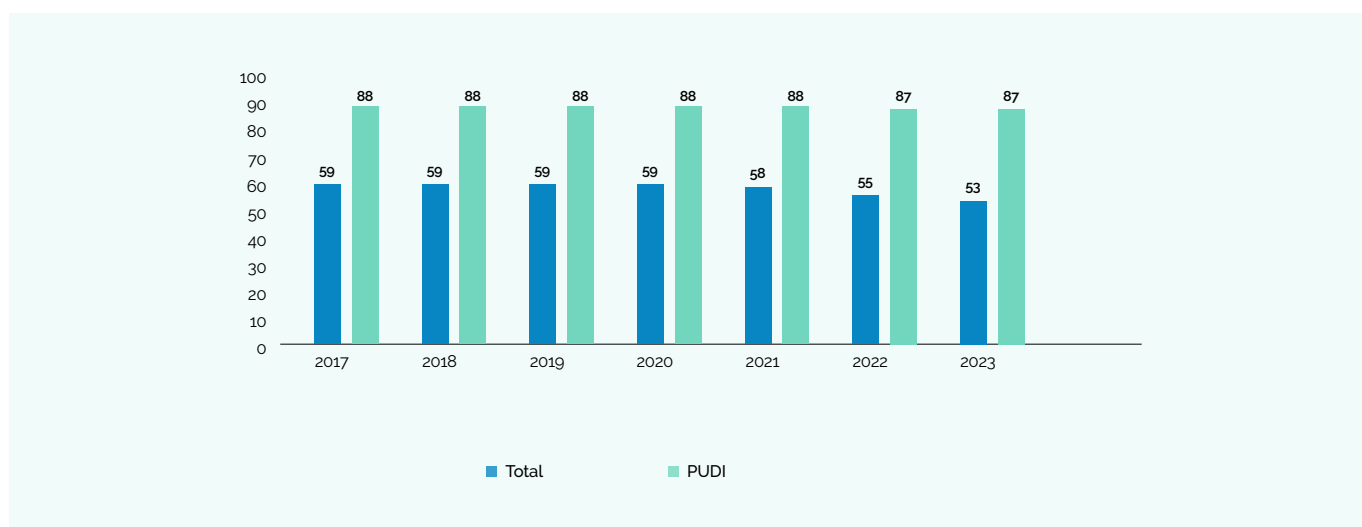
A prevalência de VHC+ variou entre os 4% e os 53% nos diferentes grupos de utentes, sendo muito superiores nos subgrupos de pessoas que usam drogas injetadas (PUDI) (entre os 32% e os 87%). A proporção de novas infeções nos utentes em ambulatório foi de 26%, sendo de 64% no subgrupo de PUDI. Entre os que iniciaram tratamento em ambulatório em 2023, as proporções variaram entre os 4% (novos utentes) e os 16% (utentes readmitidos), e nos respetivos subgrupos de PUDI entre os 33% e os 53% (Tabela 6).

Tabela 6. Prevalência de anti-VHC+ e novas infecções por VHC em utentes em tratamento (novos e readmitidos), 2023

HEPATITE C						
Estrutura / Rede	TOTAL UTENTES			PESSOAS QUE UTILIZAM DROGAS INJETADAS		
	Cobertura	Prevalências (VHC+)	Novas Infecções ^{a)} (AgHBs+)	Cobertura	Prevalências (VHC+)	Novas Infecções ^{a)} (VHC+)
Ambulatório / Rede Pública						
Utentes em Tratamento no Ano ^{b)}	73%	53%	26%	83%	87%	64%
Novos Utentes ^{c)}	31%	4%	4%	30%	32%	33%
Utentes Readmitidos	64%	33%	16%	73%	78%	53%
Unidades de Desabilitação						
Rede Pública / Licenciada	88%	45%	–	90%	85%	–
Comunidades Terapêuticas						
Rede Pública / Licenciada ^{d)}	67%	37%	–	93%	76%	–

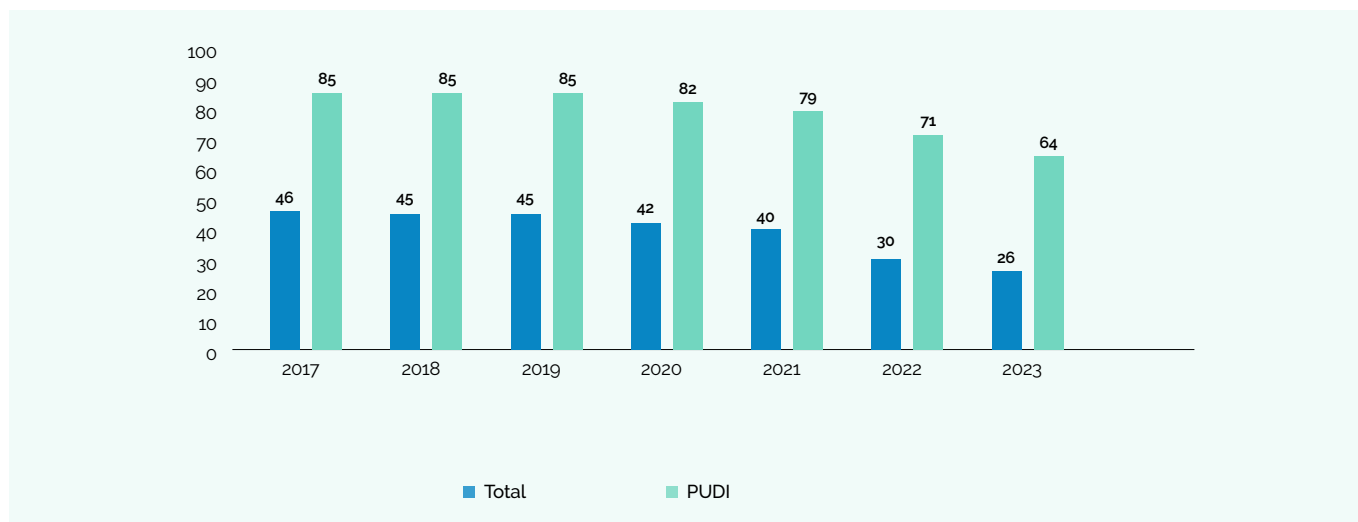
Fonte: ICAD

Entre os utentes em ambulatório e subgrupo de PUDI, as prevalências de VHC+ mantiveram-se estáveis entre 2017 e 2021, sendo de notar, e em particular no total de utentes, as descidas destas prevalências nos últimos dois anos (Figura 5). Pelo quarto ano consecutivo houve uma redução na proporção de novas infecções, quer no total dos utentes em ambulatório, como no subgrupo de PUDI (após a estabilidade entre 2017-19) (Figura 6)



Fonte: ICAD

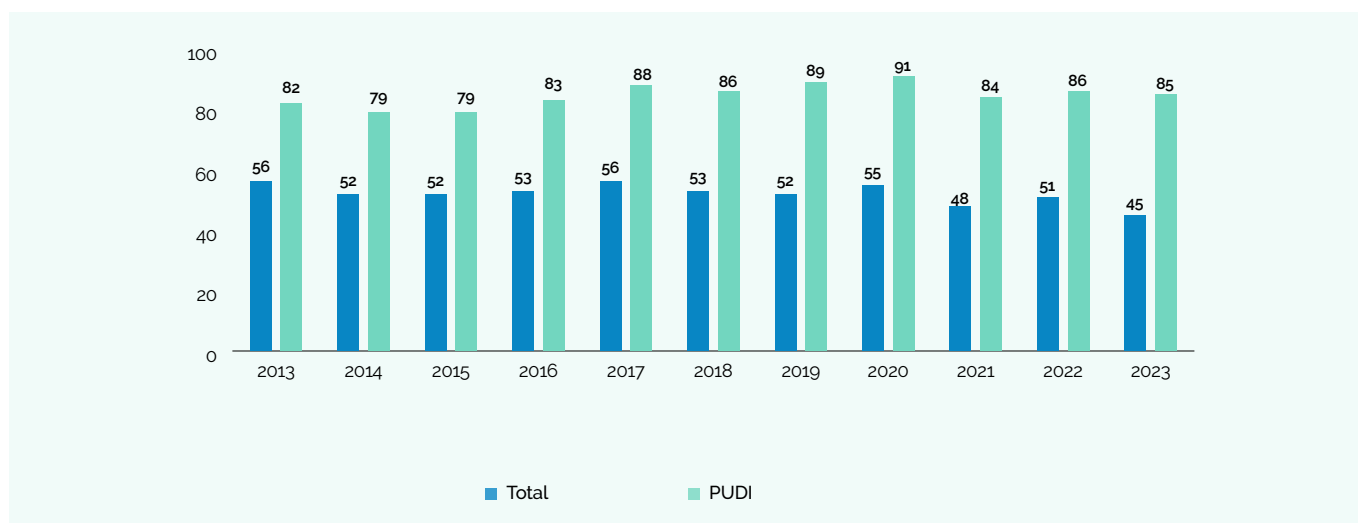
Figura 5. Utentes em tratamento ambulatório hepatite C: Prevalências, 2017-2023



Fonte: ICAD

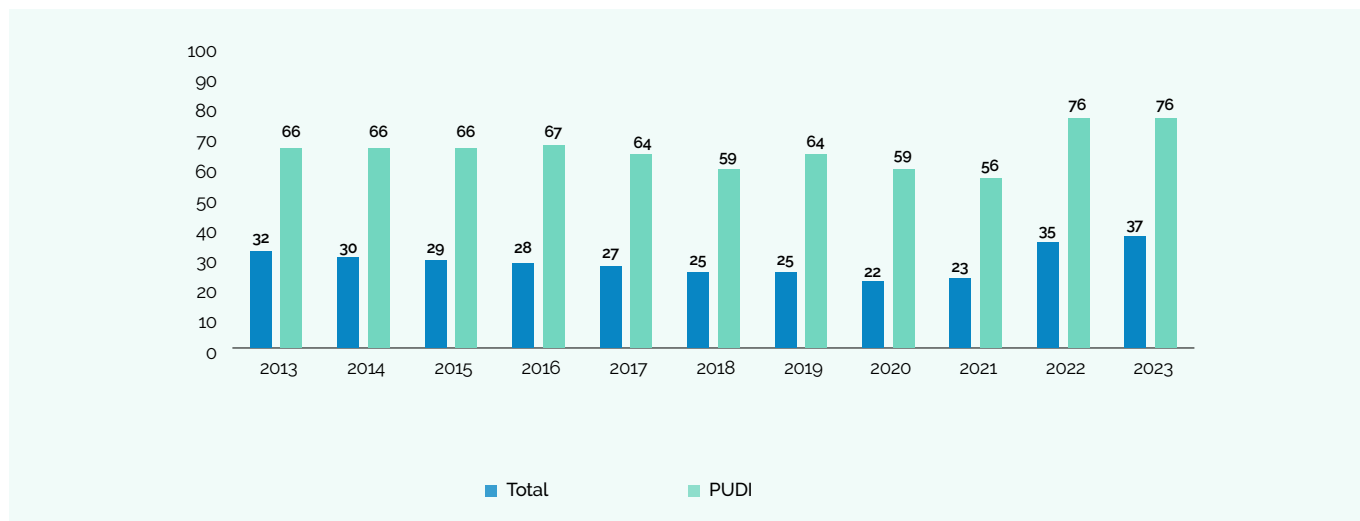
Figura 6. **Utentes em tratamento ambulatorio hepatite C: Novas Infeções, 2017-2023**

Nas pessoas internadas em Unidades de Desabilitação (UD) e em Comunidades Terapêuticas (CT), e respetivos subgrupos de PUDI, as prevalências de VHC+ têm vindo a ser sempre inferiores no caso das CT (em relação aos utentes das UD e aos do ambulatorio). O aumento destas prevalências nos últimos dois anos no total de utentes e no subgrupo de PUDI das CT poderá estar relacionada com as alterações no sistema de registo de dados nas CT licenciadas, sendo que nos cinco anos anteriores verificaram-se as prevalências mais baixas desde 2013, representando os valores de 2020 e 2021 os mais baixos deste período. No caso dos utentes e subgrupos de PUDI das UD, as prevalências de VHC+ registadas nos últimos três anos foram tendencialmente inferiores às do período 2017-2020 (Figuras 7 e 8).



Fonte: ICAD

Figura 7. **Utentes em Internamento em UD – VHC: Prevalências, 2013-2023**



Fonte: ICAD

Figura 8. Utentes em Internamento em CT – VHC: Prevalências, 2013-2023

As prevalências de AgHBs+ variaram entre 0% e 4% nos diferentes grupos de utentes, sendo ligeiramente superior nos subgrupos de PUDI (entre 0% e 6%). A proporção de novas infeções nos utentes em ambulatório foi de 1%, sendo de 2% no subgrupo de PUDI. Entre os que iniciaram tratamento em ambulatório em 2023, as proporções variaram entre os 0% (novos utentes) e os 1% (utentes readmitidos), e nos respetivos subgrupos de PUDI entre os 0% e os 2% (Tabela 7).

Tabela 7. Prevalência de AgHBs+ e novas infeções por VHB em utentes em tratamento (novos e readmitidos), 2023

HEPATITE C						
Estrutura / Rede	Cobertura	TOTAL UTENTES		PESSOAS QUE UTILIZAM DROGAS INJETADAS		
		Prevalências (AgHBs+)	Novas Infeções ^{a)} (AgHBs+)	Cobertura	Prevalências (AgHBs+)	Novas Infeções ^{a)} (AgHBs+)
Ambulatório / Rede Pública						
Utentes em Tratamento no Ano ^{b)}	66%	4%	1%	78%	6%	2%
Novos Utentes ^{c)}	11%	0%	0%	11%	0%	0%
Utentes Readmitidos	48%	3%	1%	64%	4%	2%
Unidades de Desabilitação						
Rede Pública / Licenciada	90%	5%	–	91%	7%	–
Comunidades Terapêuticas						
Rede Pública / Licenciada ^{d)}	63%	2%	–	91%	4%	–

Fonte: ICAD

De um modo geral, a prevalência e incidência de AgHBs+ não têm apresentado variações relevantes que indiquem alterações de tendências nos últimos anos.

Em suma, de um modo simplista, existe elevada prevalência de anti-VHC nas PUDI, embora com tendência decrescente, particularmente a redução da prevalência do ARN VHC naqueles com anti-VHC+. Para a hepatite B a prevalência do AgHBs é muito reduzida, perto dos 1-2%.

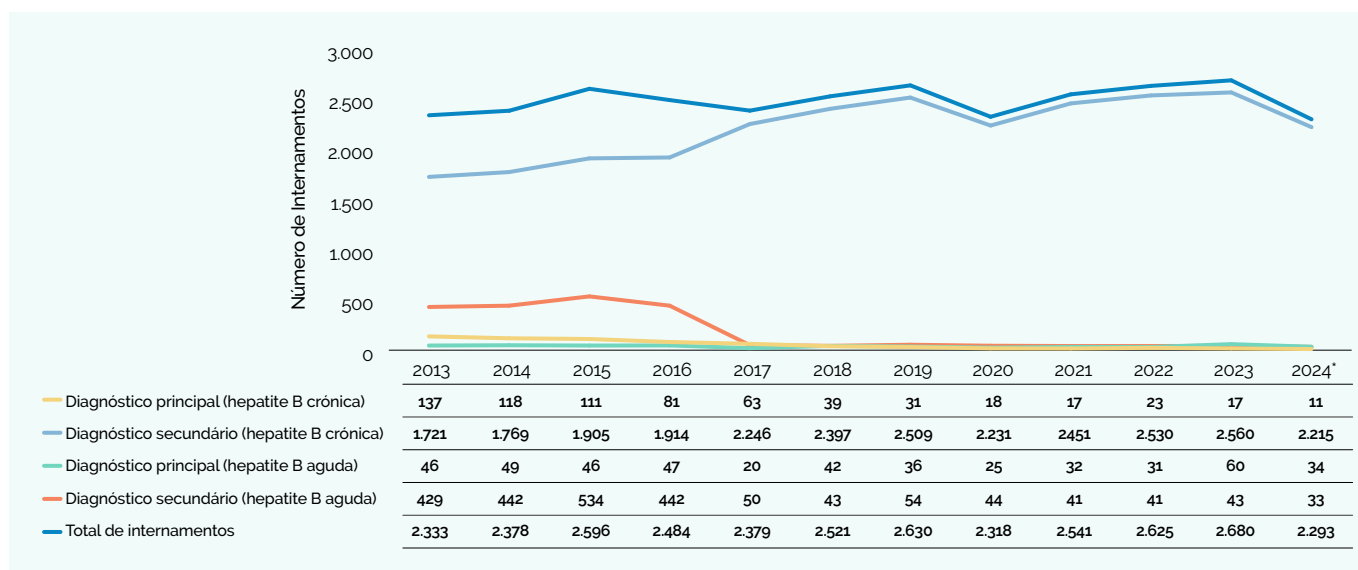
8. Internamentos

Em relação aos internamentos associados a hepatites virais, apresentam-se os dados disponibilizados pela plataforma BI para a Morbilidade Hospitalar (BIMH), relativos a episódios codificados pelos hospitais (em ICD9 CM ou ICD10 M/PCS). Os dados relativos a episódios com alta no ano 2024 poderão vir a ser atualizados atendendo a que a codificação desses episódios possa ainda não estar concluída.

São apresentados os internamentos com diagnóstico principal e secundário de hepatite B ou C crónica. Tendo em conta que alguns doentes podem ter múltiplos internamentos por doença hepática crónica avançada descompensada ou outros motivos, não é possível contabilizar quais destes internamentos têm como etiologia as hepatites virais crónicas B ou C. Desta forma, o número de internamentos por hepatites virais e restantes etiologias de doença hepática nesta análise pode estar sobrestimado.

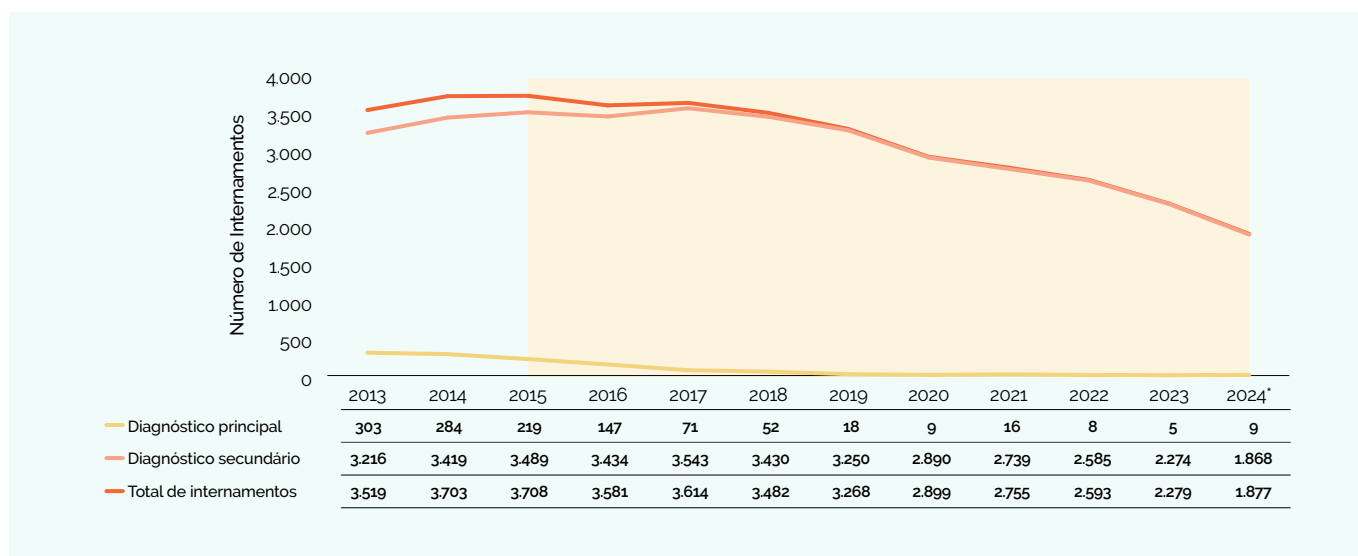
O número de internamentos por hepatites B e C crónicas codificados como diagnóstico principal mantém uma tendência decrescente na última década (no caso da hepatite B, desceu de 137 internamentos em 2013 para 11 em 2024 (Figura 9) e no caso da hepatite C, desceu de 303 internamentos em 2013 para 9 em 2024 (Figura 10). A diminuição é mais expressiva no caso da hepatite C crónica, em particular a partir de 2015, sendo possível objetivar uma redução do número de internamentos nos quais o diagnóstico de hepatite C crónica surge como diagnóstico principal ou secundário, traduzindo uma redução efetiva da carga da doença no nosso país desde a introdução dos AAD e respetivas estratégias implementadas.

O número de internamentos com diagnóstico secundário de hepatite B crónica permanece estável, com alguma tendência crescente desde o período pandémico, sendo necessário manter a monitorização sobre a eventual influência dos fenómenos migratórios de pessoas provenientes de países com endemicidade para a hepatite B superior à de Portugal.



Fonte: BIMH da SPMS/ACSS

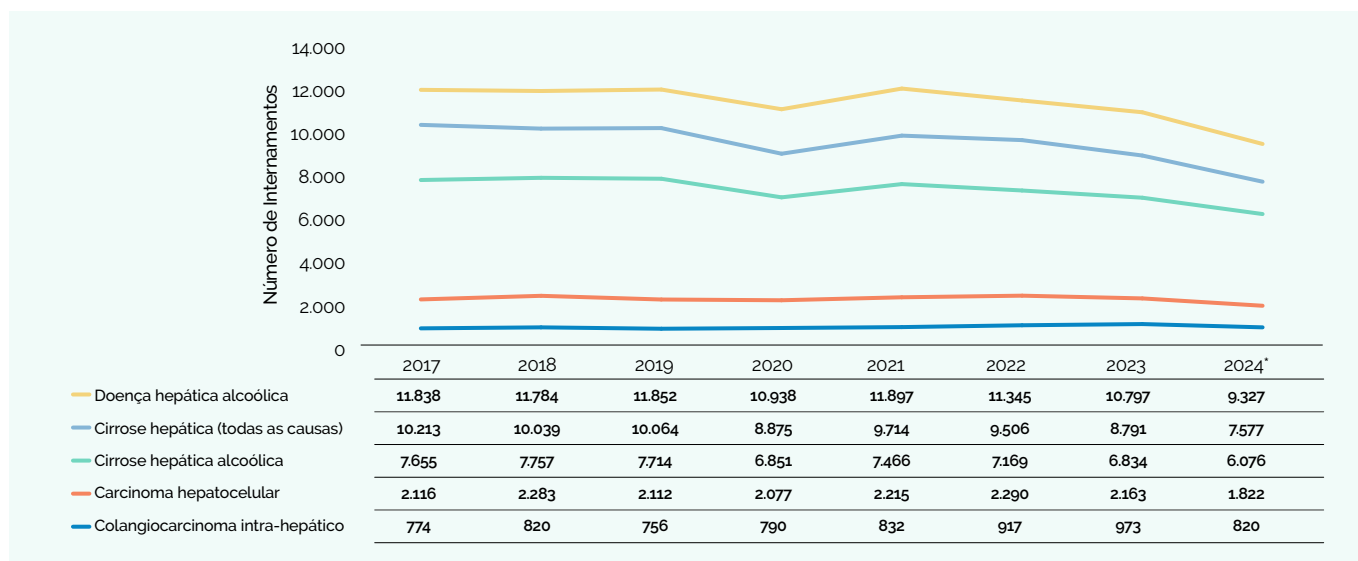
Figura 9. Número de internamentos por hepatite B em Portugal, de 2013 a 2024



Fonte: BIMH da SPMS/ACSS

Figura 10. Número de internamentos por hepatite C crónica em Portugal, de 2013 a 2024 (a sombreado assinala-se o período desde a introdução dos AAD)

Apesar de não ser o objeto do presente relatório, apresentam-se na Figura 11 o número total de internamentos em Portugal por algumas das doenças hepáticas mais comuns entre 2017 e 2024. Durante este período verificou-se uma redução de cerca de 9% do número de internamentos por doença hepática alcoólica e de 11% no número de internamentos por cirrose hepática alcoólica, sendo a redução mais expressiva no número de internamentos por cirrose hepática por todas as causas, com uma redução de cerca de 14%. Apesar da redução destes conhecidos fatores de risco, chama-se à atenção para a estabilidade no número de internamentos por carcinoma hepatocelular e para o aumento superior a 25% no número de internamentos por colangiocarcinoma intra-hepático, para os quais poderão contribuir outras etiologias cada vez mais frequentes, nomeadamente a obesidade e a doença hepática esteatótica associada a disfunção metabólica.



Fonte: BIMH da SPMS/ACSS

Figura 11. Número de internamentos totais por algumas doenças hepáticas em Portugal, de 2017 a 2024

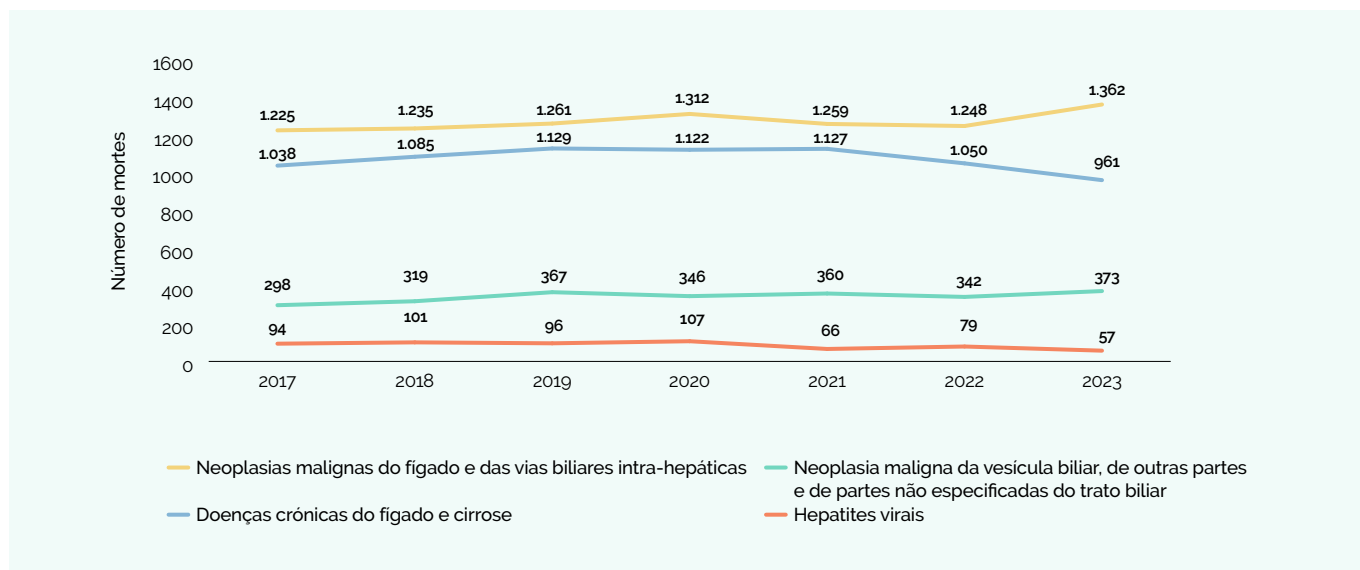
9. Mortalidade

Em 2023, de acordo com os dados disponibilizados pelo INE, morreram em Portugal 1.362 pessoas por neoplasias malignas do fígado e das vias biliares intra-hepáticas (621 por carcinoma hepatocelular e 569 por colangiocarcinoma intra-hepático), 961 pessoas por doenças crónicas do fígado e cirrose, 373 pessoas por neoplasia maligna da vesícula biliar, e 57 pessoas por hepatites virais, o que representa um total de 2.753 óbitos (2,31% do total de mortes em Portugal nesse ano). (Figura 12).

Destaca-se, ainda, o impacto na mortalidade associada ao consumo de álcool, um agente que provoca dano direto e evitável no tecido hepático. Entre 50 e 60% dos óbitos por doenças crónicas do fígado e cirrose são provocados por doença hepática alcoólica, sendo que só em 2023 morreram 571 pessoas por esta causa.

Mantém-se a tendência crescente do número de óbitos por neoplasias malignas do fígado e das vias biliares intra-hepáticas e da vesícula biliar, bem como a tendência decrescente do número de óbitos por doenças crónicas do fígado e cirrose e hepatites virais.

O verdadeiro impacto na mortalidade é difícil de estimar isoladamente. Se, por um lado, o número de neoplasias tem aumentado nos últimos anos, tal pode dever-se a uma maior capacidade de diagnóstico com implementação de programas de rastreio de carcinoma hepatocelular em doentes com cirrose ou hepatites virais, mas também à existência de outros cofatores cuja prevalência tem aumentado nos últimos anos, como a obesidade e a doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica. Já o decréscimo no número de óbitos por doenças crónicas do fígado e cirrose e hepatites virais podem apontar para uma maior capacidade de prevenção nas etiologias evitáveis destas doenças, como as hepatites virais (particularmente a B e a C) e o álcool, evitando a progressão para fibrose avançada ou cirrose. Apesar de os resultados aparentemente positivos, não se devem aliviar os esforços de prevenção e tratamento destas doenças, particularmente porque uma proporção importante destas pode progredir para neoplasias.



Fonte: SICO-DGS, INE 2025

Nota: Alteração da metodologia face a relatórios anteriores, passando a incluir-se óbitos de residentes e não residentes

Figura 12. Número de mortes por doenças hepáticas e das vias biliares, em Portugal de 2017 a 2023¹

1. A categoria "Doenças crónicas do fígado e cirrose" apresenta uma quebra de série face ao relatório de 2022, pois incluíram-se os óbitos de portugueses que residiram no estrangeiro, de modo a se poder apresentar a desagregação em doença hepática alcoólica e fibrose e cirrose hepática

Capítulo II

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este capítulo descreve as atividades e as ações desenvolvidas, assim como os resultados alcançados por diferentes setores e organismos da sociedade portuguesa em 2024, em resposta às hepatites virais, no que diz respeito à prevenção, literacia, diagnóstico, ligação aos cuidados de saúde e tratamento.

1. Prevenção

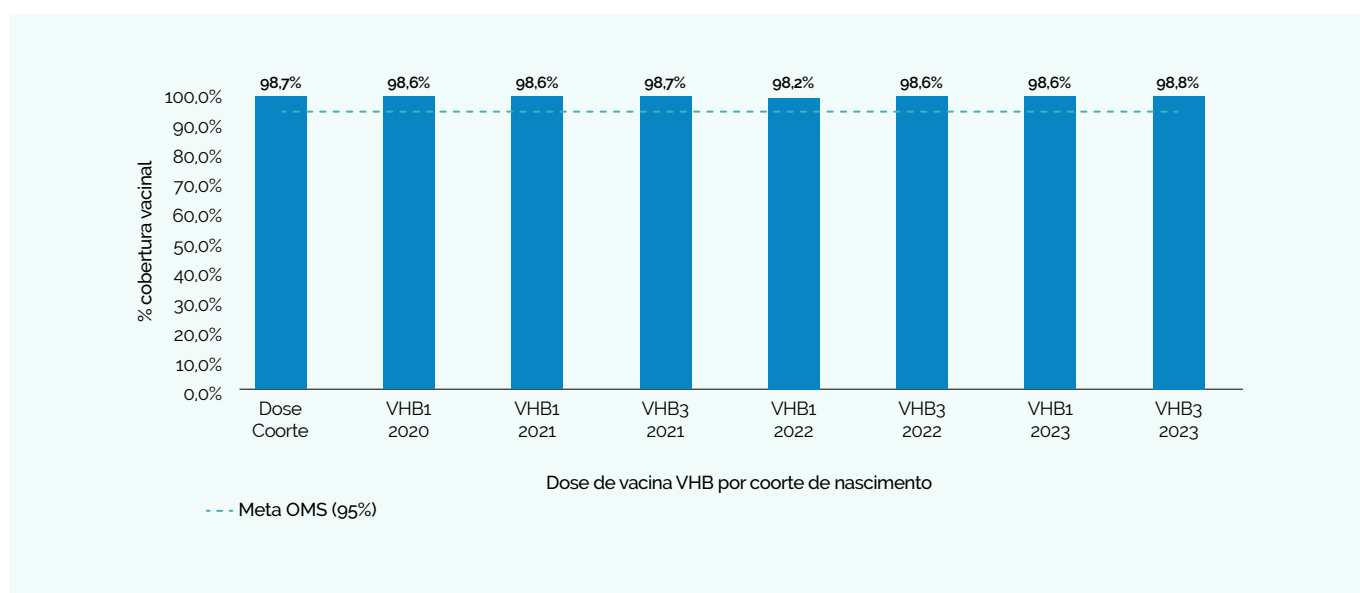
1.1. Vacinação

A vacinação constitui a principal medida de saúde pública para prevenir a infeção pelos vírus da hepatite A e B. Embora não exista vacina específica para o vírus da hepatite D, a sua prevenção é possível através da vacinação contra a hepatite B. No caso das hepatites C e E, ainda não se encontra disponível uma vacina eficaz. A vacinação contra a hepatite B é administrada a todas as crianças, conforme o Programa Nacional de Vacinação (PNV)¹², com três doses: ao nascimento, aos 2 meses e aos 6 meses de idade. O PNV recomenda que o esquema seja iniciado antes dos 18 anos mas pode ser completado em qualquer idade. Todos os adultos nascidos a partir de 1980 devem completar a vacinação contra o VHB. Adicionalmente, qualquer adulto pode ser vacinado mediante prescrição médica, sendo também recomendada a vacinação de todas as pessoas em risco acrescido para a aquisição da infeção.

A introdução da vacinação contra o VHB no PNV, especialmente desde a recomendação da sua administração ao nascimento em 2000, representa um marco de sucesso em saúde pública em Portugal. Ao longo dos cinco últimos anos, o país alcançou uma cobertura vacinal média de 98,6% para a primeira e terceira doses. Desde a introdução da vacina contra o VHB, Portugal tem cumprido a meta interina da OMS, que estabelece uma cobertura mínima de 95% com três doses da vacina em crianças (Figura 13).

No âmbito do PNV, foram apresentadas coberturas vacinais relativas à hepatite B, do qual se destaca a consolidação da cobertura da primeira dose da vacina contra a hepatite B ao nascimento, subindo de 98% para 99%, entre 2023 e 2024.

As elevadas coberturas vacinais alcançadas em Portugal conferem imunidade de grupo contra a hepatite B, contribuindo significativamente para a baixa prevalência da infeção. Apesar dos bons resultados é essencial que todos os níveis de cuidados de saúde estejam vigilantes quanto à identificação de portadores do vírus ou de indivíduos não imunes contra o VHB. Estes casos podem representar uma fonte relevante de transmissão, sobretudo para grupos em situação de maior risco e em populações vulneráveis.



Fonte: PNV

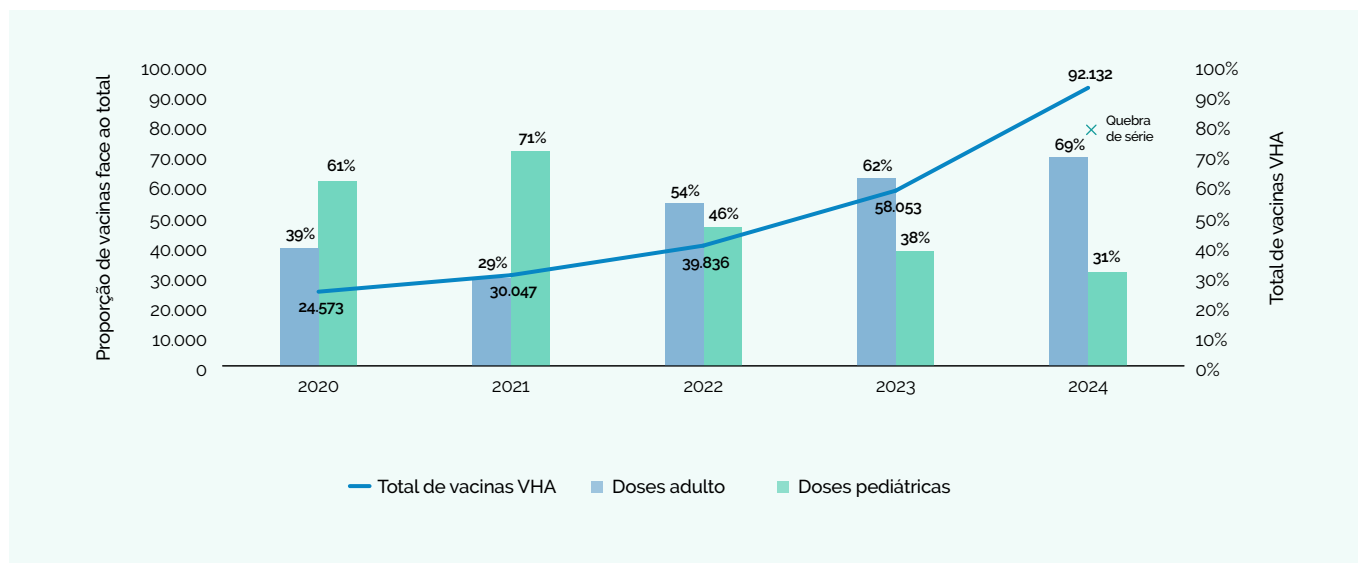
Figura 13. Cobertura vacinal contra o VHB por idade/coorte de nascimento, em Portugal, 2020-2024

Em 2024 e até ao presente, foram desenvolvidas diversas atividades relevantes no âmbito da vacinação contra as hepatites virais. No que diz respeito à hepatite B, destaca-se a criação de um Grupo de Trabalho dedicado à revisão e atualização do articulado técnico-normativo da vacinação contra a hepatite B. Paralelamente, a Comissão Técnica de Vacinação (CTV) mantém um grupo de trabalho focado neste tema, de modo a orientar a estratégia vacinal para pessoas com fatores de risco, acompanhando aquelas que são as necessidades epidemiológicas e a melhor evidência.

Também se verificou a atualização do método de avaliação, com recurso a um denominador que melhor caracteriza, geograficamente, a população: onde se encontra e como se distribui, facultado pelo Registo Nacional de Utentes (RNU).

Foram ainda apresentados, pela primeira vez, os resultados desagregados por município, com o mote de informar para a ação, tornando visíveis potenciais alvos estratégicos para atuação, não só pelas equipas de profissionais de saúde, mas também de todos os parceiros relevantes, incluindo a sociedade civil, que se encontrem motivados para desenvolver iniciativas que contribuam para este legado que é de todos e para todos.

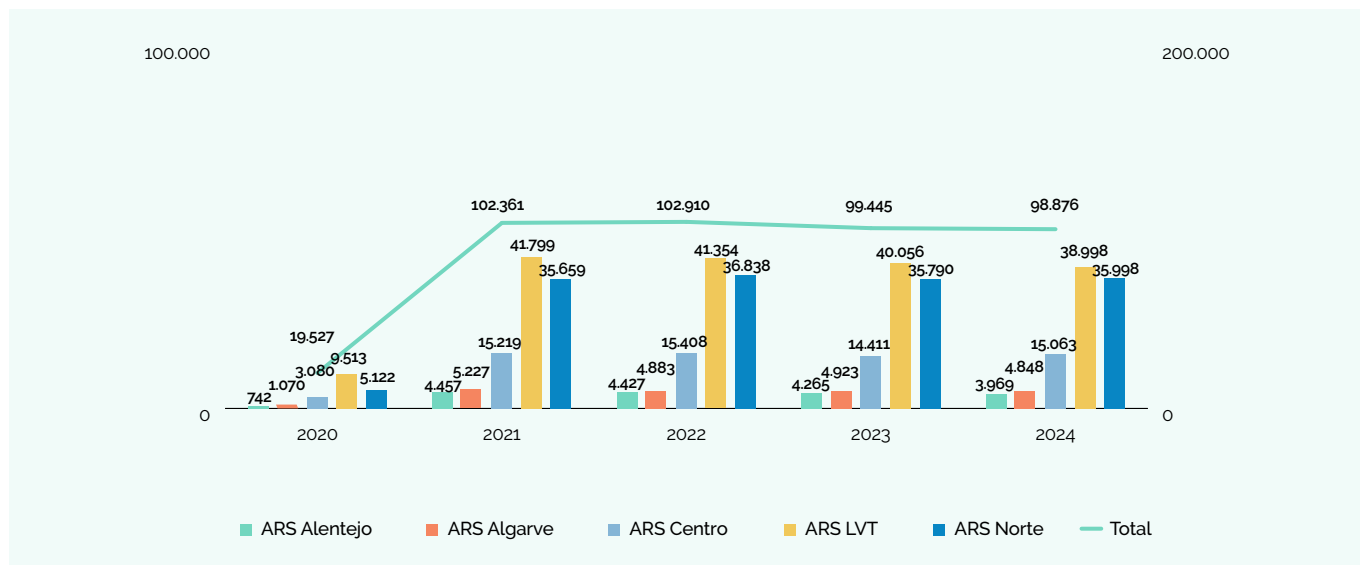
A vacina contra a hepatite A não é, atualmente, recomendada por rotina pelo PNV, estando indicada apenas para determinados grupos em risco acrescido de infeção. Dado que a vacina não integra o PNV, não existem dados de cobertura vacinal. No entanto, observa-se um aumento progressivo no número total de inoculações da vacina contra a hepatite A, possivelmente associado ao crescimento das viagens para regiões endémicas e ao aumento da perceção de risco entre o grupo GBHSH (Figura 14).



Fonte: BI-CSP, BI-VACINAS

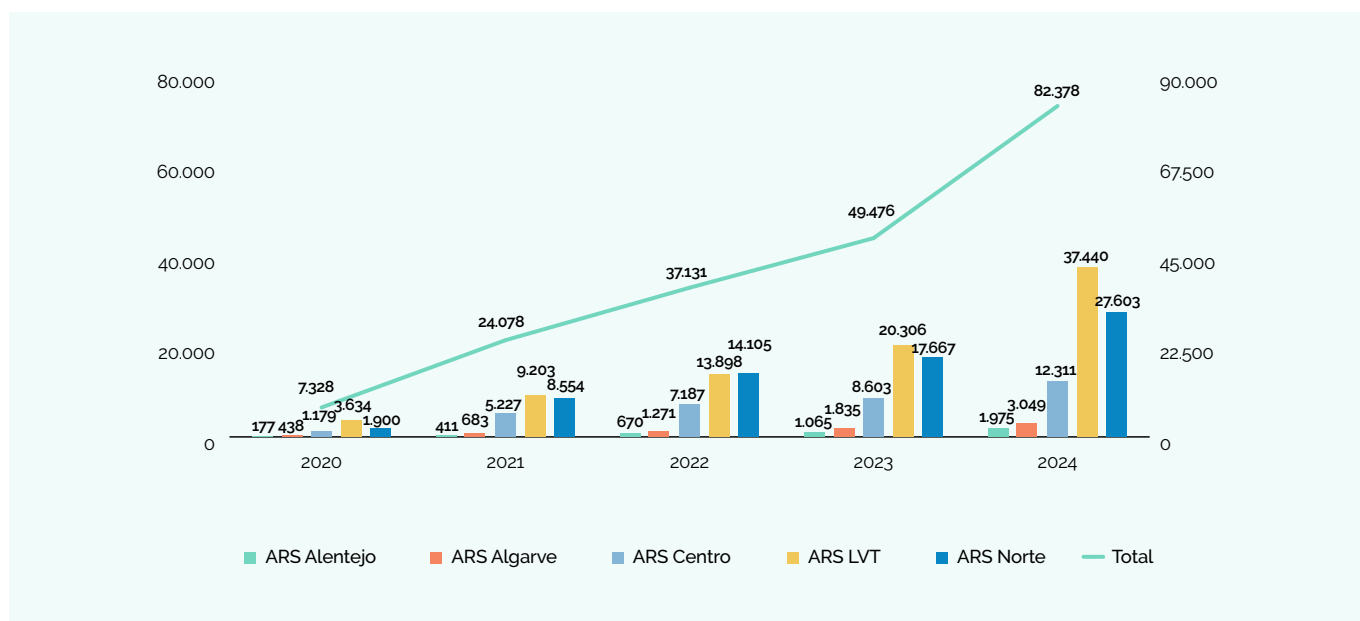
Figura 14. Número de inoculações de vacina contra VHA e proporção por grupo (adulto ou pediatria), 2020-2024, em Portugal Continental

De acordo com a plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde primários (BI – CSP), em 2024 foram administradas aos utentes inscritos nas Unidades de Saúde do SNS, 98.876 vacinas contra a Hepatite B, 82.378 vacinas contra a Hepatite A e 7.757 vacinas conjugadas contra a Hepatite A e B (Figuras 15, 16 e 17). A administração destas vacinas tem registado ao longo dos últimos anos um crescimento sustentado, sendo que esta última (A+B) registou um aumento de cerca de 90% no último ano (Figura 15).



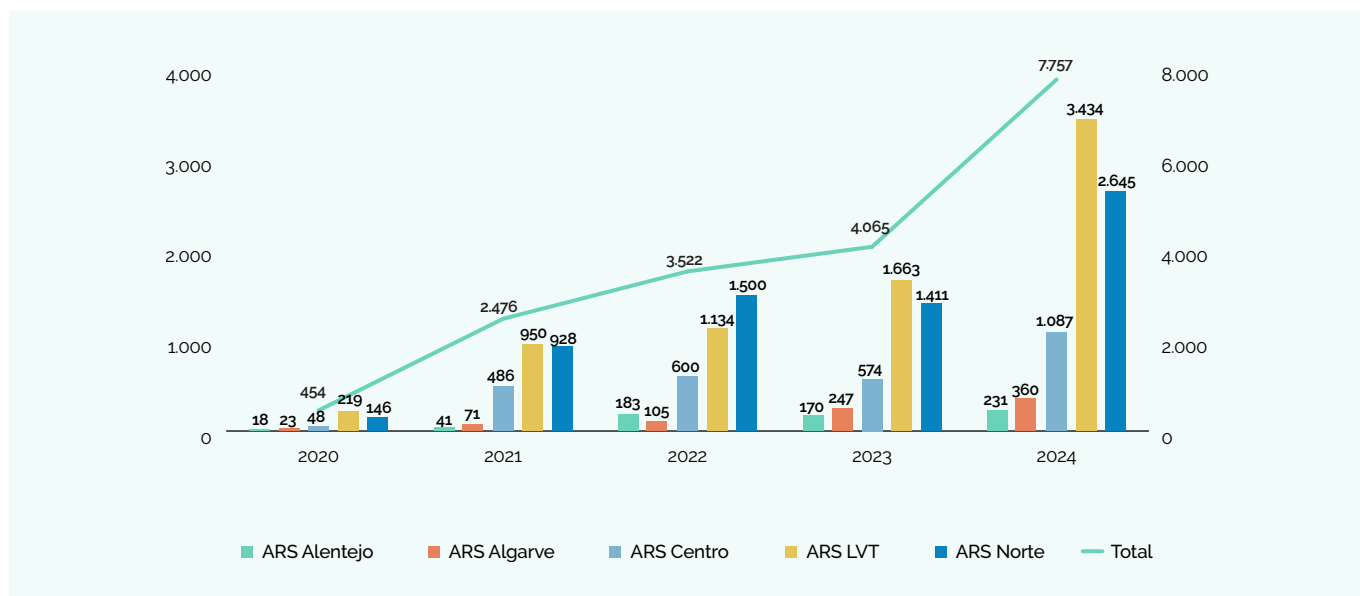
Fonte: BI-CSP, BI-VACINAS

Figura 15. Quantidade de vacinas contra a hepatite B, administradas a utentes inscritos nas Unidades de Saúde, em 2024



Fonte: BI-CSP, BI-VACINAS

Figura 16. Quantidade de vacinas contra a hepatite A, administradas a utentes inscritos nas Unidades de Saúde, em 2024



Fonte: BI-CSP, BI-VACINAS

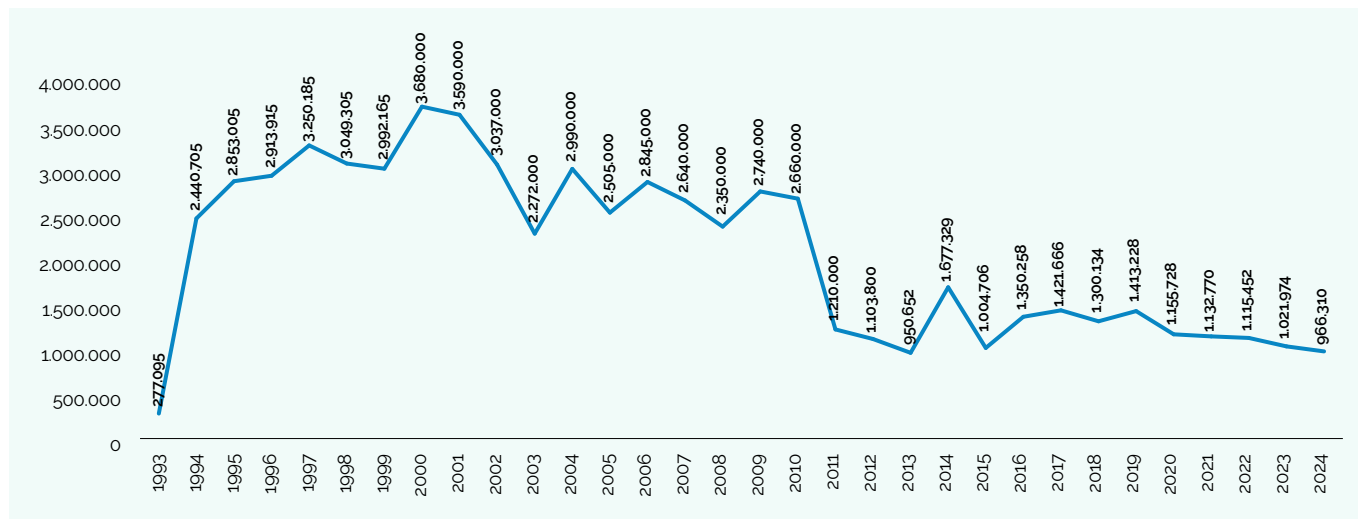
Figura 17. Quantidade de vacinas conjugadas contra a hepatite A e B, administradas a utentes inscritos nas Unidades de Saúde, em 2024

Dado o contexto epidemiológico nacional atual, está em curso a redação de uma nova norma referente à vacinação contra a hepatite A em que serão contemplados novas pessoas elegíveis, atualizando as diretrizes de vacinação e reforçando as medidas preventivas.

A DGS mantém o seu compromisso contínuo em articulação com as diversas entidades intervenientes, com destaque para os profissionais de enfermagem, de modo a reforçar, atualizar e aprimorar as políticas de vacinação contra as hepatites virais, visando a proteção da população e a redução do impacto destas doenças no sistema de saúde.

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

O Programa Troca de Seringas “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão” (PTS) continua a ser uma das medidas mais robustas de prevenção da transmissão do vírus da hepatite C, entre pessoas que utilizam drogas por via injetável. Criado em 1993, disponibiliza gratuitamente material para consumo de drogas por via injetável e promove a recolha de agulhas e seringas usadas, evitando a sua troca entre utilizadores e permitindo a diminuição do tempo de retenção. Entre outubro de 1993 e 31 de dezembro de 2024, o PTS distribuiu 65.909.382 seringas, numa média anual de 2.059.668 seringas, verificando-se, no entanto, uma tendência decrescente de seringas distribuídas desde 2010 (Figura 18). Esta tendência parece justificar-se pela redução no número de pessoas que consomem por via injetável acompanhada pelo aumento de utentes com consumos por via fumada e inalada. São exemplo disso, os dados reportados no âmbito dos três programas de consumo vigiado em que a proporção de PUDI apresenta-se, em todos inferior à de utentes com consumo fumado/inalado.



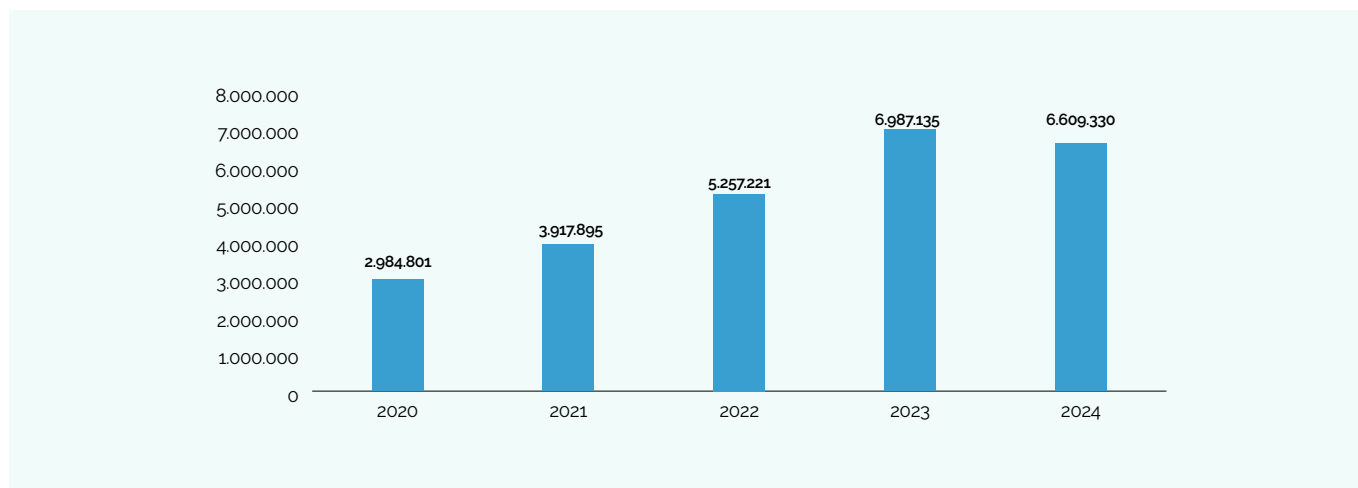
Fonte: Programa Troca de Seringas – DGS/SPMS

Figura 18. Número de seringas distribuídas por ano em Portugal, 1993–2024

1.3. Distribuição de preservativos

O acesso gratuito ao material de prevenção da transmissão sexual de infeções mantém-se como uma atividade importante da DGS, através do Programa de Distribuição Gratuita de Materiais Preventivos e Informativos. Em 2024, distribuíram-se cerca de 6 milhões e 600 mil preservativos externos (masculinos) e internos (femininos), verificando-se uma redução comparativamente a 2023, podendo ter contribuído para esta redução, o processo de extinção das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e consequente reorganização em ULS (Figura 9).

Atenta a novas necessidades de prevenção, o Programa prevê, adicionalmente, a aquisição e distribuição de preservativos sem látex e de *dental dam*.



Fonte: DGS/Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo VIH

Figura 19. Número de preservativos distribuídos, 2020-2024

2. Rastreio e Diagnóstico

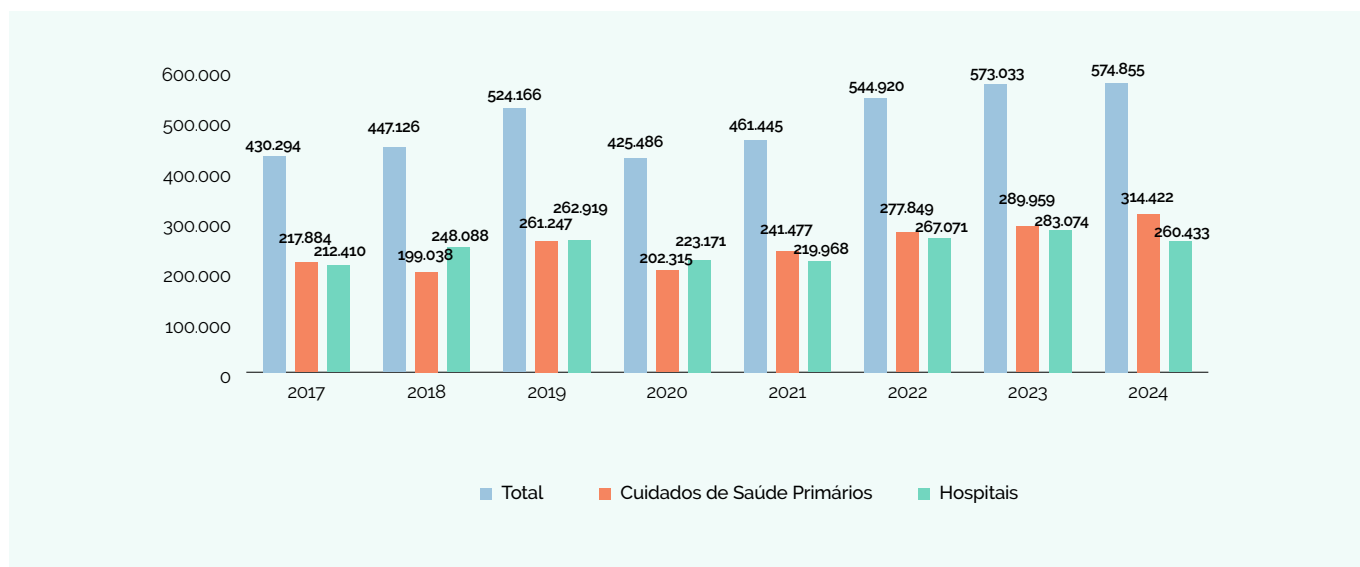
O rastreio e diagnóstico precoce, bem como a atempada ligação aos cuidados de saúde, com vista ao seguimento e tratamento das pessoas que vivem com hepatites virais são estratégias fundamentais da resposta nacional, o que vem motivando um significativo investimento em iniciativas que promovam o acesso ao teste em diferentes contextos, com vista à identificação precoce da infeção e à quebra de cadeias de transmissão.

Em Portugal, o teste está disponível nos CSP, nos hospitais, em ONG/OBC e em farmácias comunitárias, assim como em laboratórios de patologia clínica/análises clínicas.

2.1. Testes de VHB e VHC prescritos nos Cuidados de Saúde Primários e nos Hospitais

Os testes para o diagnóstico de VHB e VHC prescritos e realizados anualmente em contexto hospitalar e nos CSP têm demonstrado uma tendência globalmente crescente, provavelmente fruto da maior atenção dirigida às hepatites virais B e C nos últimos anos, vigilância de grupos em risco acrescido e grupos vulneráveis, bem como, no contexto da vigilância de saúde global das pessoas.

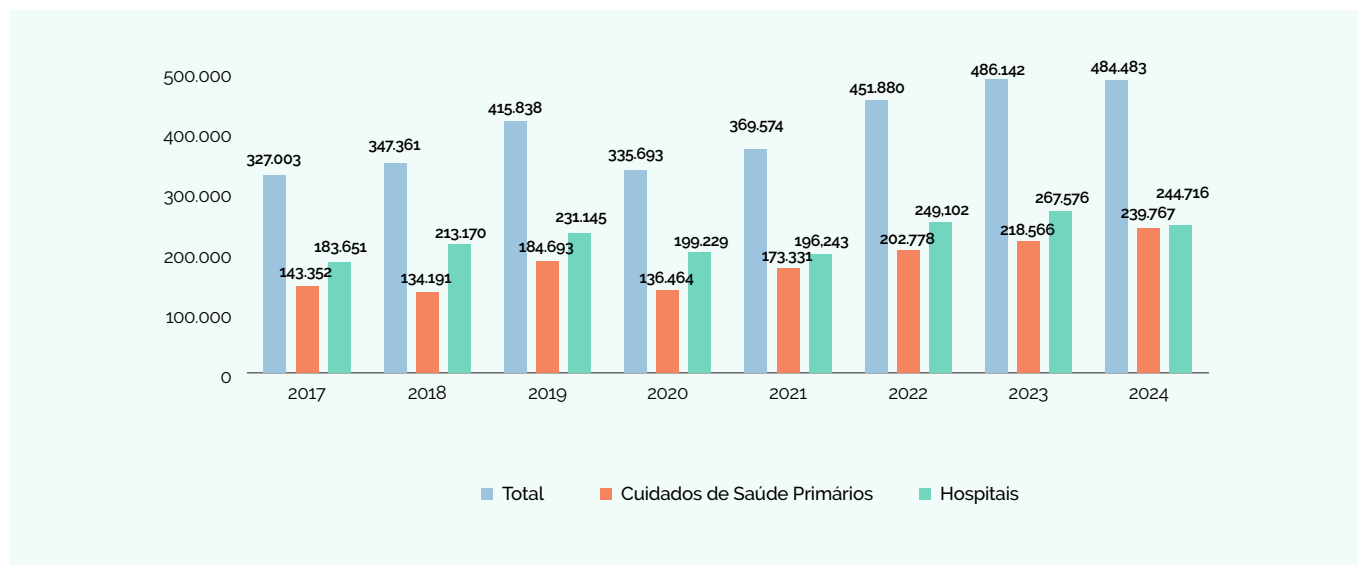
Ao nível dos CSP, os dados disponibilizados pela ACSS indicam que, em 2024, foram prescritos e realizados 314.422 testes de AgHBs (Figura 20) e 239.767 testes de pesquisa de anti-VHC (Figura 21), valores semelhantes aos verificados em 2023. No entanto, estes resultados podem estar subestimados em termos de intervenção diagnóstica pois, em muitas Unidades de Saúde há possibilidade de realização de testes rápido para VHC, não existindo, à data, um procedimento padronizado e validado para a sua avaliação a nível nacional.



Fonte: ACSS

Figura 20. Número de testes de AgHBs prescritos e realizados nos CSP e Hospitais, 2017-2024

Os dados extraídos do SONHO® informam que, em 2024, foram prescritos e realizados 260.433 testes de AgHBs (Figura 20) e 244.716 testes anti-VHC (Figura 21), em contexto hospitalar.



Fonte: ACSS

Figura 21. Número de testes de anti-VHC prescritos e realizados nos CSP e Hospitais, 2017-2024

Outra fonte importante de dados que concorre para monitorização das hepatites virais são os dos CSP no âmbito das consultas de Medicina Geral e Familiar. Os dados dos registos deste problema de saúde podem ser obtidos na Plataforma BI – CSP¹³.

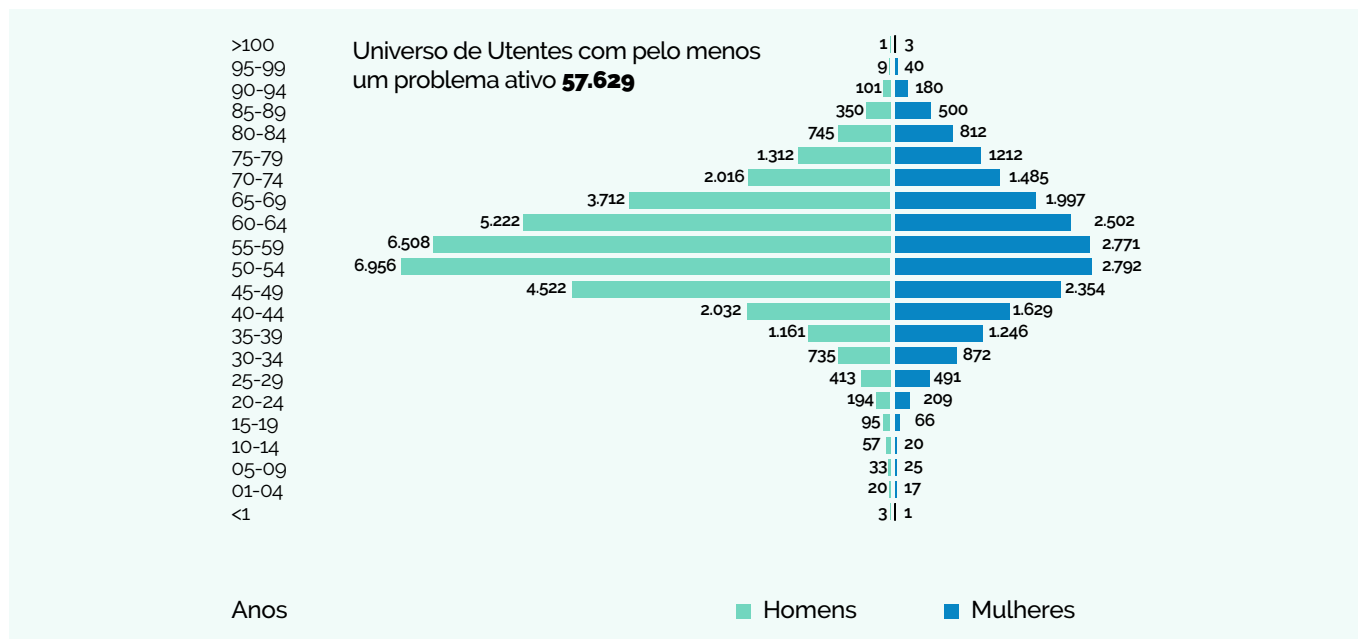
De acordo com esta plataforma tem-se constatado, desde 2021 um crescimento sustentado das Hepatites virais (Figura 22), registando-se no ano de 2024 uma proporção de 0,63% na população utilizadora dos CSP com o diagnóstico de Hepatite viral (D072- ICPC), correspondendo a 57.629 casos, o que, em relação a 2023, se traduziu em 1702 novos casos¹⁴.



Fonte: BI-CSP, dezembro 2024

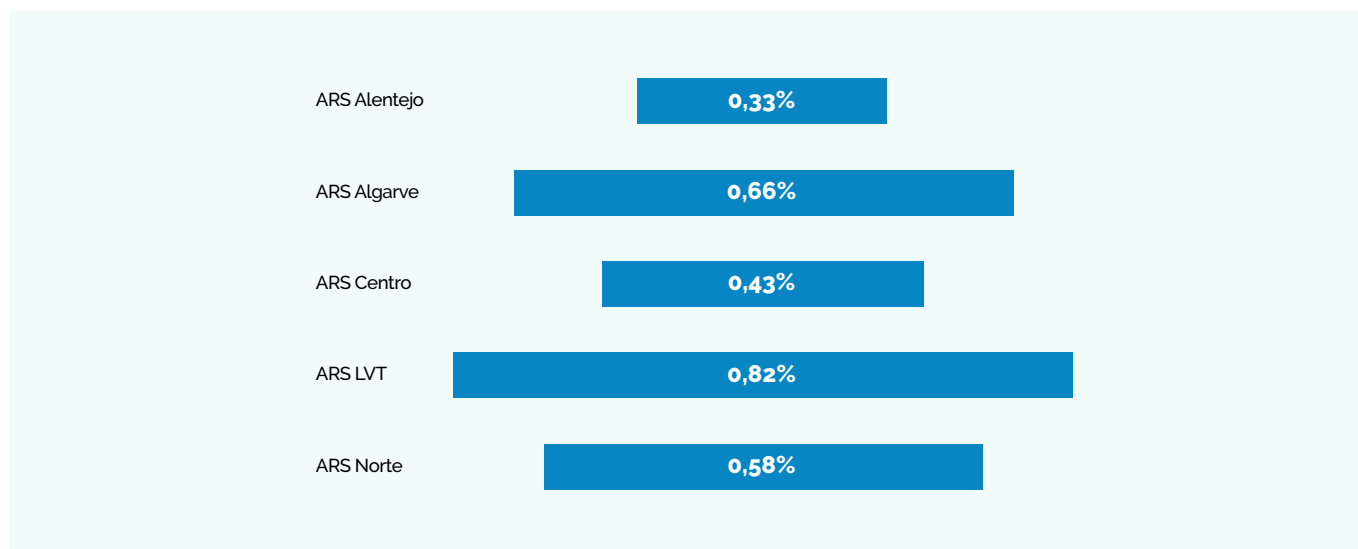
Figura 22. Proporção de problemas ativos - hepatites virais nos utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal Continental, 2024

Encontram-se mais homens que mulheres com hepatites virais registado como problema ativo, na sua maioria entre os 45 e os 64 anos (Figura 23). sendo a região de Lisboa e Vale do Tejo, aquela com mais utentes com este problema ativo registado (Figura 24).



Fonte: BI-CSP, dezembro 2024

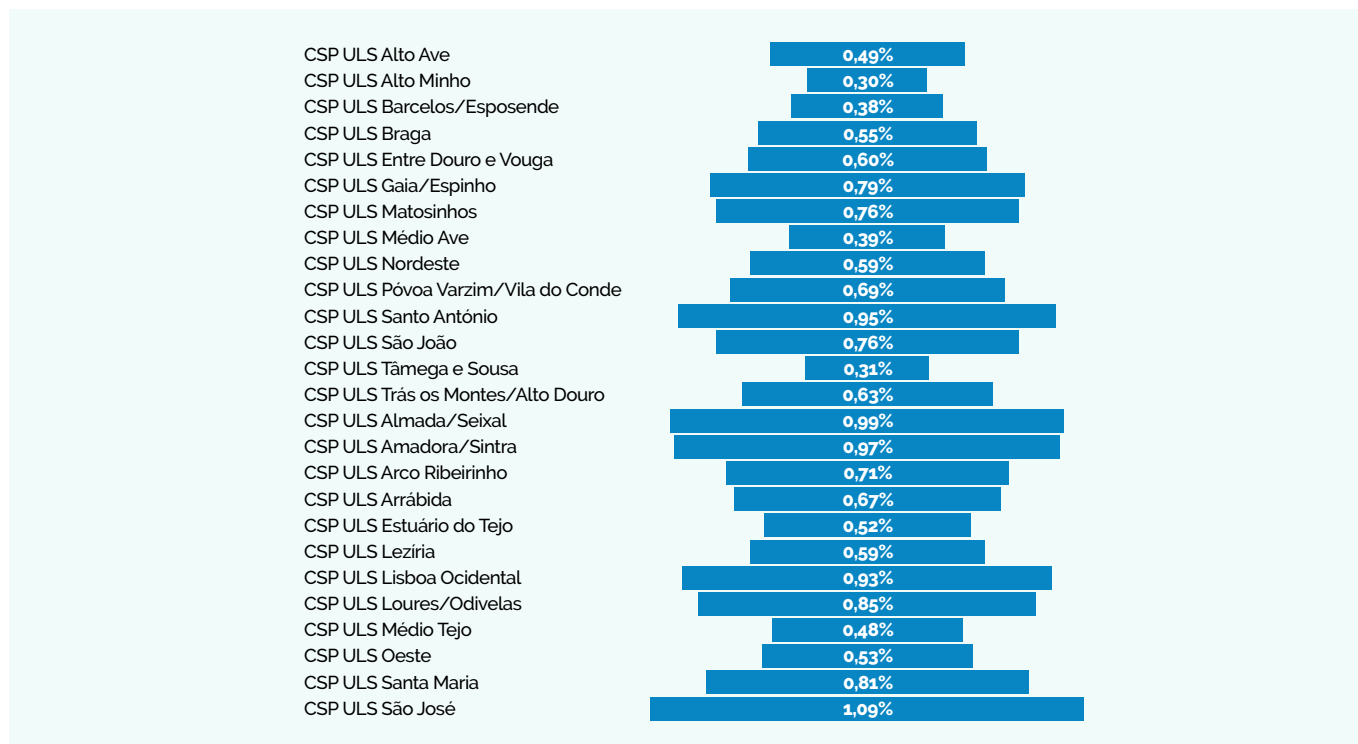
Figura 23. Pirâmide etária de utilizadores dos CSP com registo de hepatites virais como problema ativo, 2024



Fonte: BI-CSP, dezembro 2024

Figura 24. Proporção de utentes com registo de hepatite viral como problema ativo nos Cuidados de Saúde Primários, por região de saúde, 2024

Ao analisarmos os dados desagregados das diferentes regiões vemos que a maior prevalência se verifica nas áreas correspondentes a ULS de grandes centros urbanos /grandes cidades (Figura 25).



Fonte: BI-CSP, dezembro 2024

Figura 25. **Proporção de utentes com registo de hepatite viral como problema ativo nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, na região Norte e região de Lisboa e Vale do Tejo, 2024**

Importa, porém, refletir sobre estes dados encontrados pois, poderão não traduzir valores reais e fidedignos de incidência e prevalência de hepatites virais no nosso país, na medida em que vários vieses podem ser identificados.

No registo e classificação deste problema de saúde é usada a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2)¹⁵ ficando apenas registado como D72 – Hepatite viral, sem distinguir a etiologia. Para tal, é necessário que seja feita a correspondência com o ICD10, no campo "Lista de Problemas", o que obriga a um cuidado redobrado do clínico e maior dispêndio de tempo, pois é necessário abrir novo campo para fazer todo o registo e, na maioria das vezes, este registo não é feito informaticamente, mas apenas em texto livre, não sendo lido automaticamente pelo programa informático. Embora já estejam previstos subcódigos para as diferentes hepatites virais, ainda não é possível através do SClínico fazer o seu registo com a respetiva codificação.

Além disso, a lista de problemas de saúde tem de ser atualizada periodicamente pois a resolução desses problemas tem de ser convertida para a lista de problemas passivos. A sua não execução poderá contribuir para um aumento do número de registos ativos de Hepatite viral sem que, contudo, seja real.

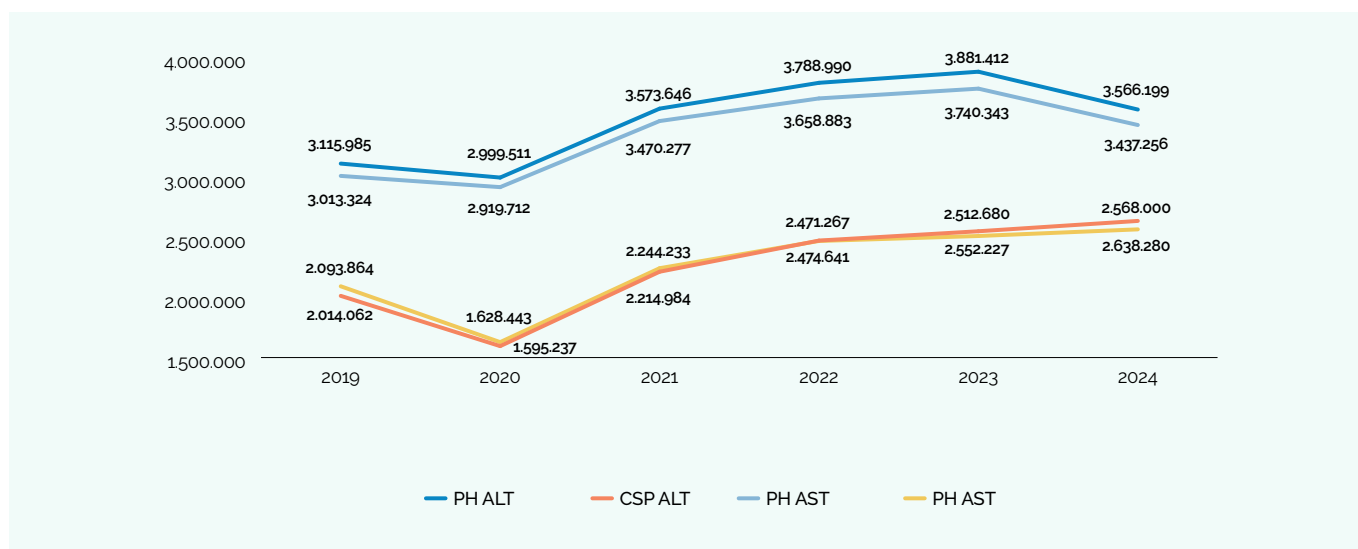
No entanto, o número total de utentes e o número de novos utentes com problema ativo de Hepatite Viral podem ser considerados como um indicador aproximado de prevalência e de uma incidência, que, porém, urge aferir.

Outro aspeto a ter em conta é que nem todas estas classificações correspondem necessariamente a diagnósticos de novo e nem todos correspondem a diagnósticos confirmados laboratorialmente, apenas relatados pelos doentes a quem foi feito o diagnóstico noutra nível de cuidados de saúde. Ora, isto pode contribuir para um aumento do número total de casos, por duplicação de registo, mas também contribuir para a subnotificação em SINAVE.

Assim, será necessário sensibilizar os clínicos para estas questões, devendo ser feito um reforço da formação das equipas de cuidados de medicina geral e familiar para a importância dos registos, da atualização periódica da Lista de Problemas e da notificação em SINAVE, bem como o reforço da formação das equipas de saúde pública e hospitalares para a importância de complementarem as notificações e casos em SINAVE com informação recolhida ao longo do processo diagnóstico. É ainda necessário tornar as plataformas de registo clínico nos CSP mais ágeis e com maior interoperabilidade, minimizando constrangimentos e consumo de tempo.

Só deste modo, poderemos robustecer a qualidade dos dados presentes quer no BI-CSP quer em SINAVE, aproximar o número de notificações de casos confirmados ao número de novos diagnósticos e termos um valor mais próximo de uma verdadeira incidência e de prevalência.

Segundo os dados fornecidos pela ACSS, tem-se verificado, desde 2019, um aumento do número de testes prescritos de AST e ALT quer a nível dos CSP quer a produção hospitalar (PH) (Figura 26), o que poderá refletir indiretamente a atenção dos clínicos para os problemas da saúde do fígado e para as hepatites virais. A inflexão constatada em 2020 poderá ser o resultado da menor utilização e acesso aos serviços de saúde pela população em geral, no âmbito da pandemia de COVID-19. No último ano houve uma diminuição da prescrição destes testes a nível hospitalar. No que respeita aos CSP percebe-se, embora muito ligeiramente, um aumento da prescrição de ALT relativamente à AST, nos dois últimos anos, podendo traduzir uma preocupação na prescrição racional destes MCDT, e tendo em conta a eficiência na prestação de cuidados de saúde.



Fonte: SDM/ACSS

Figura 26. Prescrição de ALT e AST no SNS nos Cuidados Hospitalares e CSP, 2019-2024

2.2. Rastreio de hepatites virais na Região Autónoma da Madeira

O Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) implementou, em janeiro 2020, um programa de rastreio de hepatite C dirigido a todos os utentes com idades compreendidas entre os 18 e 70 anos que colham sangue numa das unidades públicas do SESARAM, que engloba 50 das unidades deste serviço (3 hospitais e 47 centros de saúde) para uma população alvo de 254.000 habitantes. As amostras são todas processadas no laboratório do Hospital Central do Funchal.

Este rastreio abrange os utentes que são avaliados e que necessitem de uma colheita de sangue no serviço de urgência hospitalar, serviços de urgências periféricos dos Centros de Saúde, internamentos hospitalares, consultas externas hospitalares ou consultas em cuidados de saúde primários.

De janeiro de 2020 a dezembro de 2024, foram rastreados um total de 65.758 utentes, dos quais 275 (0,4%) com teste reativo para anti-VHC. Destes, foram identificados um total de 79 pessoas que vivem com infeção crónica por VHC que foram encaminhados para consulta de Gastroenterologia ou Infeciologia para início de terapêutica. Estes resultados excluem os pedidos clínicos de anticorpos das hepatites virais que demonstraram uma proporção de infeções ativas superior, relativamente ao método anterior (total de 98 em período homólogo). Em 2024, foram rastreados 20.977 utentes, permitindo o diagnóstico de 16 novos casos (0,08%).

O serviço de urgência hospitalar é onde se verifica a maior seroprevalência de VHC desde o início do programa, nomeadamente de 0,61%, permitindo o diagnóstico de 51 infeções crónicas por VHC (0,19% de virémicos nesta população).

O rastreio de VHB teve início em janeiro de 2024, permitindo testar 15.903 utentes nesse ano, dos quais 47 foram AgHbs + (0,30%).

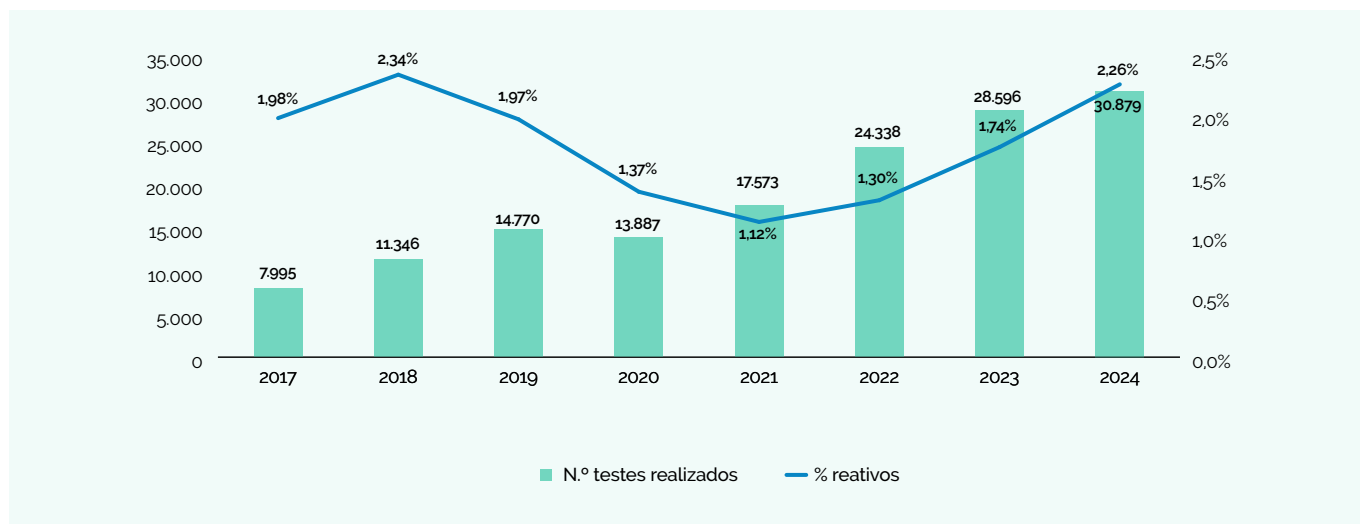
2.3. Testes rápidos de VHB e VHC em Organizações não-governamentais e Organizações de base comunitária

As ONG e as OBC desempenham um papel fundamental e complementar no contexto do rastreio e diagnóstico das hepatites virais a populações em situação de maior vulnerabilidade e com maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Desde 2014, ano em que foi implementada em Portugal a estratégia de disponibilização do teste rápido para VHB e VHC em populações mais vulneráveis, tem-se verificado uma adesão cada vez maior deste tipo de estruturas, o que se traduz no aumento do número de testes realizados.

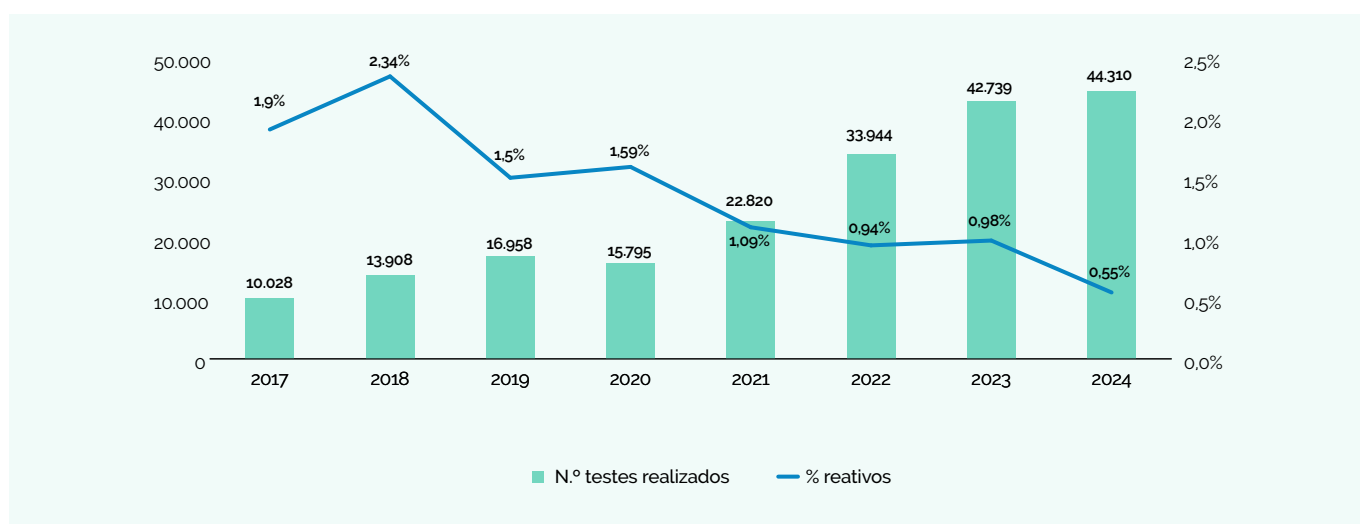
O apoio financeiro da DGS para o desenvolvimento de projetos nesta área, bem como o Acordo entre o Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), têm permitido disponibilizar o teste rápido, em diversos contextos e a diferentes populações chave, com tendência anual crescente do número de testes rápidos realizados. Em 2024, foram realizados 30.879 testes de AgHBs (Figura 27) e 44.310 testes anti-VHC (Figura 28), com uma prevalência de 2,26% e de 0,55% de resultados reativos, respetivamente. Verificou-se assim um aumento do número de testes realizados de cerca de 8% e de 4%, respetivamente.

Desde 2021, tem-se verificado uma tendência crescente na proporção de casos reativos para AgHBs e, contrariamente, uma diminuição na proporção de resultados reativos para anti-VHC identificados.



Fonte: DGS

Figura 27. Número de testes de AgHBs realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos, 2017–2024



Fonte: DGS

Figura 28. Número de testes de anti-VHC realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos, 2017–2024

Os dados dos rastreios de base comunitária têm vindo a demonstrar uma redução marcante na proporção de resultados reativos de anti-VHC, particularmente após o ano de 2015, ano de introdução do tratamento com AAD. O aumento expressivo da atividade de rastreio em contexto comunitário tem sido acompanhado de uma diminuição da proporção de resultados reativos entre 2018 e 2024, de 2,34% para 0,55%. Inversamente, a proporção de resultados reativos de AgHBs que vinha a diminuir desde 2018, tem vindo a registar valores tendencialmente crescentes, desde 2021, o que deve justificar atenção redobrada, no sentido de perceber as razões subjacentes e planear adequadamente as respostas.

2.4. Testes rápidos de VHB e VHC realizados em Programas de Consumo Vigiado

As Salas de Consumo Vigiado, previstas no Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho¹⁶, encontram-se implementadas em Portugal, desde abril de 2019, com o objetivo de, entre outros, fornecer aos utentes equipamento de injeção esterilizado (e outro equipamento) para o consumo de drogas sob supervisão, num ambiente de maior segurança e melhores condições de saúde e higiene. Para além do consumo vigiado, estes espaços permitem a prestação de cuidados de saúde básicos e de emergência em caso de overdose, aconselhamento e informação, apoio psicossocial, bem como encaminhamento para serviços de tratamento e de apoio social.

Encontram-se em funcionamento três programas de consumo vigiado; 2 em Lisboa (1 móvel e 1 fixo) implementados em abril de 2019 e maio de 2021, respetivamente, e 1 no Porto (amovível) com início em agosto de 2022, complementado com uma unidade móvel a partir de fevereiro de 2025.

Estes programas procuram contribuir para a diminuição da morbilidade e da mortalidade associadas ao consumo e para a redução dos riscos de transmissão de doenças transmissíveis, designadamente as infeções pelos vírus VIH, VHB e VHC na população utilizadora de drogas que, por norma, apresenta prevalências elevadas de doenças infecciosas bem como dificuldade no acesso aos cuidados de saúde.

As Salas constituem oportunidades de acesso ao teste, com vista à identificação precoce destas infeções e, conseqüentemente, à ligação das pessoas infetadas aos cuidados de saúde, garantindo assim o tratamento, nalguns casos, através de consultas descentralizadas sob a responsabilidade das associações promotoras destes serviços e a cura, no caso da hepatite C.

2.4.1. Sala de Apoio Integrado em Lisboa – Programa de Consumo Vigiado

O SAI – Sala de Apoio Integrado em Lisboa é um serviço que promove práticas de consumo mais seguras, assépticas e dignas, para utilizadores de drogas por via injetada e fumada. Através da valência Programa de Consumo Vigiado, proporciona-se uma alternativa ao consumo na rua, com as vantagens supracitadas.

Disponibiliza igualmente cuidados básicos de saúde, rastreio de doenças infecciosas e apoio psicossocial. Promovido pela Câmara Municipal de Lisboa, atualmente financiado pelo ICAD, e sob a gestão técnica da Associação Ares do Pinhal, este serviço tem apostado na realização de testes rápidos de VIH, VHB, VHC e sífilis junto desta população.

É no SAI que se realiza a consulta descentralizada de Gastroenterologia da ULS de São José, assim como a realização de todos os testes de ARN VHC, dos projetos de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) da Ares do Pinhal

Desde a sua implementação e até dezembro de 2024, foram abrangidas 853 pessoas em programas de rastreio. Dessas, 70% são de nacionalidade portuguesa, 22% provenientes da Ásia e 5% da Europa de Leste, com uma média de idades de 45 anos. A maioria é do sexo masculino (88%), encontrando-se maioritariamente em situação de sem-abrigo, desemprego, com elevada prevalência de doenças físicas e mentais e desorganização social.

Relativamente à via de consumo, 34% referem a via injetável e 66% o consumo fumado, sendo os consumos maioritariamente de heroína e cocaína/crack.

Dos 853 utentes, 48% apresentaram resultados reativos para anti-VHC e 3% para AgHBs. Dos utentes com resultado reativo para anti-VHC, foi possível realizar RNA viral em 330, dos quais 163 (49%) testaram positivos.

Foram distribuídos 12.778 preservativos, 41.403 kits de material assético e 83.333 seringas avulsas para consumo por via injetável, 897 cachimbos e 248.390 pratas.

2.4.2. Programa de Consumo Vigiado Móvel

O Programa de Consumo Vigiado Móvel (PCVM), serviço promovido, em Lisboa, pela ONG Médicos do Mundo, tem como objetivo geral contribuir para a melhoria da saúde, segurança e qualidade de vida das pessoas que utilizam drogas, disponibilizando um espaço seguro para efetuar o consumo por via endovenosa, particularmente daqueles que se encontram numa situação de maior vulnerabilidade social e de saúde. Para além da disponibilização do espaço seguro de consumo endovenoso, garante o acesso a cuidados de saúde primários, atendimento psicossocial, suporte por pares, rastreios às infeções por VIH, VHB VHC e sífilis, encaminhamento e acompanhamento para outros serviços e distribuição comunitária de naloxona nasal.

O PCVM insere-se no âmbito do Programa Municipal de Intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências, com o financiamento do ICAD, e atua em zonas de consumo a céu aberto na cidade de Lisboa, designadamente, Areeiro, Arroios, Beato, Penha de França e Marvila.

Desde novembro de 2022 até dezembro de 2024, o PCVM rastreou 80 pessoas, das quais 42 reportaram consumo de substâncias psicoativas. Foram realizados 63 testes rápidos de AgHBs e 73 testes anti-VHC, com zero e 10 resultados reativos, respetivamente.

A população inscrita no PCVM rastreada, caracteriza-se por ser maioritariamente do sexo masculino, com uma média de idades de 43 anos. A via de consumo referida pela maioria dos utentes é a via fumada (60%), seguida da via injetável (40%).

No contexto do rastreio, foram distribuídos 387 preservativos, 13 cachimbos e 21 kits. Têm sido realizadas sessões de educação para a saúde sobre a transmissão dos vírus da hepatite, incentivando a solicitação de material de consumo e a não partilha de material. Durante este período, foram distribuídas 16.599 seringas/agulhas avulsas, 8.070 kits do PTS, 2.830 cachimbos, 5.944 folhas de prata e 6.725 preservativos.

2.4.3. Programa de Consumo Vigiado do Município do Porto

O Programa de Consumo Vigiado do Município do Porto (PCVMP) é promovido pelo Consórcio Um Porto Seguro, composto pela Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES), Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação Do Porto (CVP-DP), Organização Cooperativa para o Desenvolvimento Social e Comunitário CRL (ARRIMO), Serviços de Assistência Organizações de Maria (SAOM) e a Associação para o Planeamento da Família (APF).

Ativo desde agosto de 2022, e atualmente financiado pelo Ministério da Saúde através do ICAD, este programa é disponibilizado através de uma sala amovível na zona da Pasteleira, tendo expandido os seus serviços, desde fevereiro de 2025, com recurso adicional de uma unidade móvel que cobre os territórios de Campanhã e do Centro Histórico, permitindo assim que esta resposta esteja disponível 365 dias por ano.

O programa promove práticas de consumo mais seguras, asséticas e dignas, para utilizadores de drogas por via injetada e fumada, num espaço seguro para consumo vigiado. Disponibiliza igualmente apoio psicossocial, cuidados básicos de saúde, rastreios e serviços de lavandaria, procurando promover a redução de danos e a inclusão social, garantindo mais dignidade e segurança para pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD).

Desde a sua implementação e até dezembro de 2024, o PCVMP registou 481 utentes rastreados, dos quais, 81% do sexo masculino, maioritariamente na faixa etária dos 35 aos 49 anos (49%), seguida da faixa etária dos 50 aos 64 anos (31%) e na sua grande maioria de nacionalidade portuguesa (96%). A maioria dos utentes são utilizadores de drogas por via inalada (76%) e 24% por via injetada.

Foram realizados 609 testes de AgHBs, com uma proporção de 0,2% de resultados reativos. Quanto à pesquisa de anti-VHC, foram realizados 631 testes, com uma proporção de resultados reativos de 32%. Destes, 38 utentes são acompanhados noutra estrutura de saúde, 63 faltaram à consulta descentralizada ou abandonaram o programa (sem teste confirmatório) e 99 realizaram testes RNA VHC, dos quais 56 apresentaram virémia positiva.

Foram disponibilizadas 463.500 seringas, 975 cachimbos, 335.330 pratas e 20.635 preservativos.

3. Tratamento

3.1. Portal do Tratamento da Hepatite C

Em 2015, Portugal adotou a estratégia de tratar, com AAD, todas as pessoas que vivem com hepatite C independentemente do estadió da doença, assumindo-se como um dos primeiros países, a nível europeu e mundial, a implementar esta medida conducente à eliminação da hepatite C até 2030, em absoluto alinhamento com as metas da OMS.

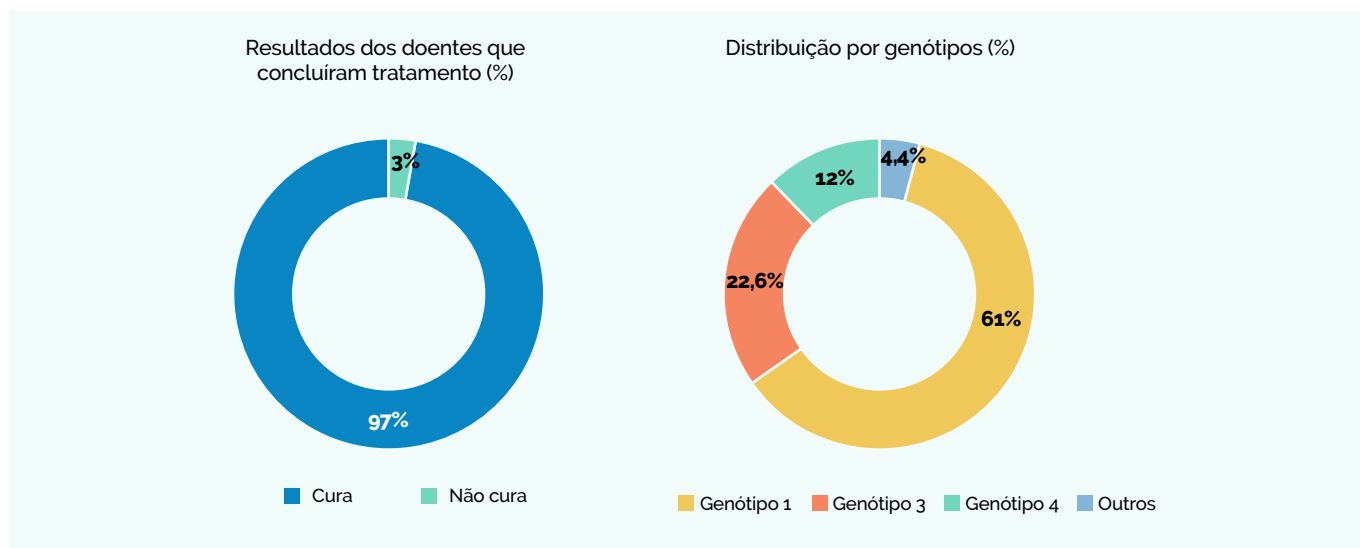
À data da elaboração deste relatório, os dados mais recentes da monitorização do tratamento da hepatite C, através do Portal da Hepatite C do INFARMED, informam que já foram autorizados 36.363 tratamentos, dos quais 33.735 já haviam sido iniciados (Figura 29).



Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Figura 29. Número total de tratamentos de hepatite C autorizados e n.º total de tratamentos iniciados, 2015-2024

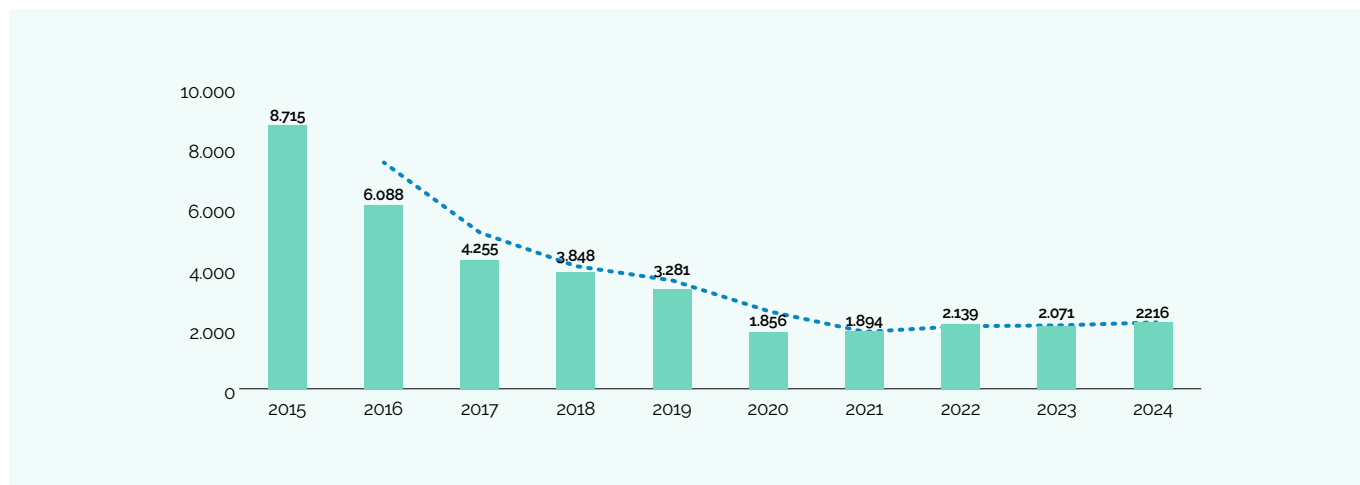
Quando se restringe a análise ao universo de indivíduos que já concluíram o tratamento e em que se pode avaliar a resposta virológica sustentada (n= 22.334), verifica-se que 21.597 estão curados (96,7%) contra 737 não curados (3,3%) (Figura 30). Dos doentes sem obtenção de resposta virológica mantida submetidos a retratamento, obteve-se uma percentagem de cura semelhante, com 96,7%.



Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Figura 30. Percentagem de doentes curados e não curados e distribuição por genótipos, 2015-2024

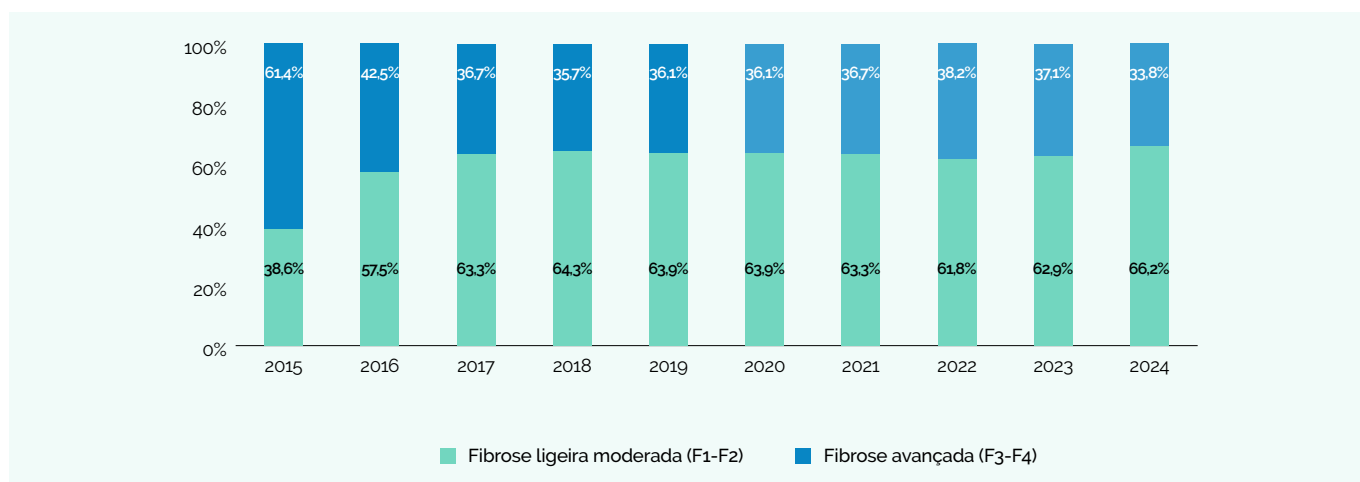
O número de tratamentos autorizados apresentou um aumento de 7% em relação ao ano anterior, com 2.216 novos tratamentos autorizados (Figura 31).



Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Figura 31. Número de tratamentos de hepatite C autorizados por ano, 2015-2024

Apesar de uma ligeira redução em relação aos anos anteriores, a proporção de doentes com fibrose avançada previamente ao início de tratamento, correspondeu ainda em 2024 a 33,8% dos novos pedidos (15,6% F3 e 18,2% F4) (Figura 32), número que consideramos elevado, sendo importante unir esforços para diagnosticar de forma mais precoce os doentes que necessitarão de intervenção médica. Salientamos, no entanto, que, pela primeira vez desde a implementação do Portal da Hepatite C, nenhum daqueles com F4 que iniciaram tratamento apresentavam doença hepática crónica avançada descompensada.



Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Figura 32. Grau de fibrose hepática nos tratamentos iniciados (%), 2015-2024

Resultado do processo de simplificação dos procedimentos relativos ao acesso ao tratamento com AAD conseguida com a Portaria n.º 615/2022, verificou-se uma redução do tempo decorrido entre a data de submissão do pedido e a data de início de tratamento nos dois últimos anos (77,4 dias nos anos 2023-2024 vs 129,7 dias nos anos 2017-2022). Consideramos, no entanto, este tempo ainda excessivo, e acima de tudo com marcadas assimetrias a nível nacional. Assim, mantém-se como objetivo do programa a promoção do acesso imediato ao tratamento da hepatite C no momento da prescrição médica, de forma a garantir a ligação dos doentes aos cuidados de saúde.

A ideia de amplificar os testes de rastreio, principalmente nos grupos com risco acrescido de infeção (prisões, comportamentos aditivos, etc.) a par da mensagem de realizar o teste da hepatite C, hepatite B, VIH, pelo menos uma vez na vida, envolvendo os médicos de Medicina Geral e Familiar e os de Saúde Pública poderá constituir um passo importante no caminho da eliminação até 2030.

3.2 Tratamento de hepatites virais em contexto prisional

As pessoas em situação de reclusão apresentam maior vulnerabilidade face a doenças transmissíveis, sendo observadas prevalências significativamente elevadas de hepatite B e C em comparação com a população em geral.

O ambiente prisional, nesse contexto, revela-se como uma oportunidade estratégica para o acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento destas patologias, uma vez que o período de reclusão pode facilitar o contacto, adesão e permanência nos cuidados de saúde.

Tendo em vista esta realidade, foi delineada uma estratégia nacional de abordagem das infeções por VIH, VHB e VHC em contexto prisional, consagrada no Despacho n.º 6542/2017 de 28/07/2017¹⁷, e Despacho n.º 283/2018, de 5/01/2018¹⁸, emanados dos Gabinetes da Secretária de Estado Adjunta e da Justiça e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Esta estratégia estabeleceu uma rede de prestação de cuidados hospitalares no SNS, no âmbito das infeções por VIH, VHB e VHC, abrangendo a totalidade dos 45 estabelecimentos prisionais do território continental e 28 unidades hospitalares.

O modelo de intervenção teve início em 2017, com a implementação de um projeto-piloto entre a ULS de São João e o Estabelecimento Prisional de Porto, tendo sido subseqüentemente expandido a nível nacional, nos termos dos referidos despachos. Este modelo assenta na deslocação dos profissionais de saúde aos estabelecimentos prisionais, promovendo a observação clínica "in loco", bem como o diagnóstico e tratamento dos reclusos infetados. Esta metodologia permite ultrapassar os constrangimentos associados ao transporte de reclusos para as unidades de saúde externas, contribuindo, simultaneamente, para a promoção da dignidade dos mesmos e para a redução do estigma social frequentemente associado a esta população.

A comunicação direta com os reclusos constitui, igualmente, um elemento central do modelo, enquanto instrumento de educação para a saúde, permitindo fomentar práticas preventivas e comportamentos que minimizem o risco de reinfeção, numa população considerada de elevado risco epidemiológico.

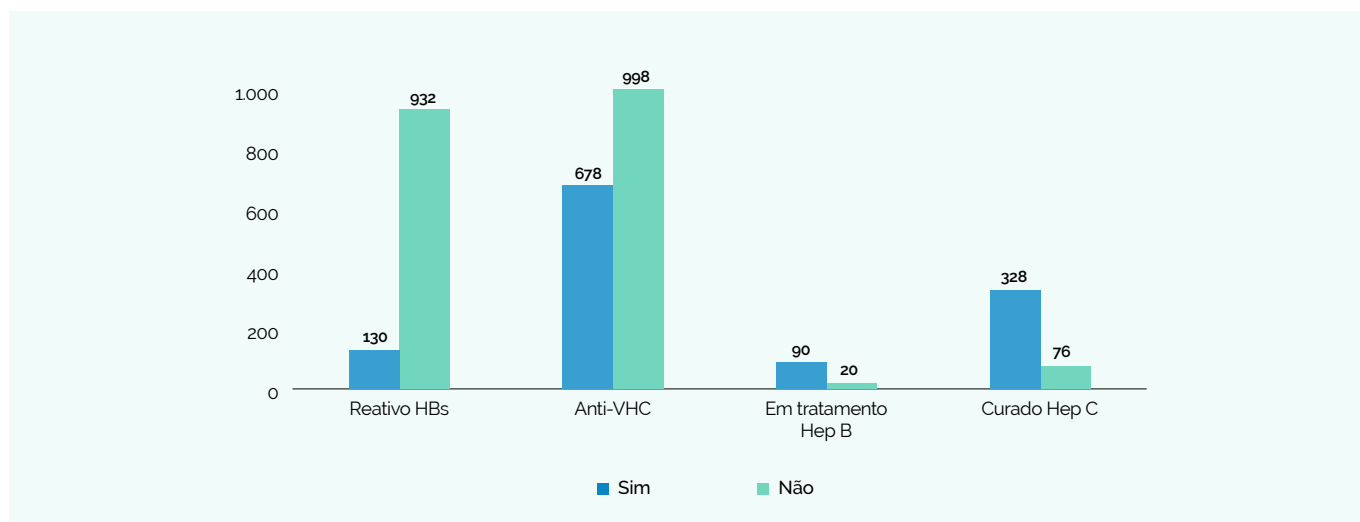
De acordo com dados disponibilizados pela DGRSP, à data de 31 de dezembro de 2024, a implementação dos protocolos encontrava-se concluída na maioria dos estabelecimentos prisionais.

De forma a aumentar a eficácia no diagnóstico precoce, a maioria dos estabelecimentos prisionais realizam rastreio para VHC, VHB e VIH na admissão dos reclusos, com subseqüente pedido de carga viral nos casos positivos. Esta estratégia mantém-se em reclusos com várias admissões, mas que apresentam fatores de risco, maximizando a eficácia do rastreio e prevenindo a transmissão destas infeções no contexto prisional.

Apesar dos esforços significativos empreendidos conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça, persistem alguns constrangimentos na implementação do presente projeto. Tais limitações referem-se, principalmente, à disponibilidade e à qualidade dos dados, as quais são condicionadas pela dificuldade de interoperabilidade entre os diferentes sistemas informáticos, pela escassez de recursos humanos que inviabiliza a mobilização adequada de profissionais de saúde para os estabelecimentos prisionais, bem como pelas dificuldades no acesso ao tratamento por parte de reclusos em mobilidade entre diferentes unidades prisionais ou com períodos curtos de permanência nesses estabelecimentos.

Com base nos dados obtidos através do Portal da Hepatite C e das informações disponibilizadas pelos diversos estabelecimentos prisionais a nível nacional, verifica-se que, desde o início da atividade do referido portal até o dia 23 de junho de 2025, foi solicitado tratamento para VHC para um total de 1.412 pessoas privadas de liberdade. Desses, há registo de que 1.117 (79%) concluíram o tratamento até à data, tendo sido registada resposta virológica sustentada de 98,5%. Ressalva-se, contudo, que estes números poderão estar subestimados, uma vez que alguns doentes constantes no portal poderão não estar devidamente codificados como reclusos, além de que certos estabelecimentos prisionais poderão não ter conseguido reunir a totalidade da informação desde o início do protocolo.

No que se refere ao VHB, foram identificados, a nível nacional, 130 pessoas com AgHBs positivo, encontrando-se atualmente 90 destes sob tratamento antiviral com tenofovir ou entecavir (Figura 33).



Fonte: DGRSP

Figura 33. Dados epidemiológicos de hepatite B e C em contexto prisional, 2024

4. Literacia em hepatites virais e doenças do fígado

A eliminação da hepatite C e a redução da incidência das restantes hepatites virais exigem uma aposta clara na literacia em saúde. É fundamental capacitar profissionais de saúde de todos os níveis de cuidados, técnicos de organizações comunitárias, e a população — com especial atenção às pessoas em maior situação de vulnerabilidade.

Promover comportamentos preventivos, reduzir riscos e minimizar danos continua a ser essencial. Para isso, é necessário reforçar o acesso ao rastreio e à ligação eficaz das pessoas aos cuidados de saúde, assegurando diagnóstico e tratamento atempados.

Uma população bem informada é um agente ativo, na adoção de comportamentos preventivos, na deteção precoce e no combate às doenças hepáticas, contribuindo diretamente para evitar complicações graves como a cirrose e o cancro do fígado — e, assim, para o cumprimento da meta nacional de eliminação das hepatites virais enquanto problema de saúde pública.

4.1. Semana Europeia do Teste

A Semana Europeia do Teste decorre duas vezes por ano, com o objetivo de reforçar a importância do diagnóstico precoce das hepatites virais, das IST e da infeção por VIH. Em 2025, a edição da primavera teve lugar de 19 a 26 de maio, e a edição de outono irá decorrer em novembro, em data a definir.

Esta iniciativa, organizada pela EuroTEST desde 2013, envolve instituições comunitárias e de saúde, sendo um momento-chave de promoção do rastreio, prevenção e ligação aos cuidados de saúde.

Durante a campanha, promovida nas redes sociais, foi sublinhada a importância de combater mitos sobre as hepatites, nomeadamente o equívoco de que a vacina contra a hepatite B protege contra todos os tipos de hepatite. Também se reforçou a informação da vacina da hepatite B enquanto principal forma de prevenção (Figura 34).



Figura 34. Campanha Semana Europeia do Teste

4.2. Dia Mundial das Hepatites

O Dia Mundial das Hepatites é promovido pela organização World Hepatitis Alliance, que engloba organizações de mais de 100 países e cuja visão é eliminar as hepatites virais como importante problema de saúde pública até 2030.

Nas redes sociais da DGS foi divulgada uma infografia (Figura 35), com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre as vantagens do rastreio e tratamento precoces e quais as formas de transmissão mais comuns.



Figura 35. Infografia Dia Mundial Hepatites 2024

O Relatório do Programa Nacional para as Hepatites Virais 2024¹⁹ foi apresentado no dia 25 de julho, nas instalações da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. O documento procurou, à semelhança dos anteriores, caracterizar a atual situação das hepatites virais em Portugal, descrever as características, clínicas e sociais e sintetizar as principais atividades de vigilância epidemiológica, prevenção, diagnóstico e tratamento, desenvolvidas no ano de 2023. Do documento constou ainda o roteiro de ação para o ano de 2025.

5. Participações nacionais e internacionais

O Programa Nacional tem assegurado a participação de Portugal, a nível nacional e internacional, na resposta global e nacional às hepatites virais, colaborando, sempre que solicitado, com as agências internacionais e organismos nacionais, quer em reuniões, e eventos promovidos por estas instituições, quer através da integração em grupos de trabalho e organização de reuniões científicas, estimulando o envolvimento e a participação das ONG nacionais, designadamente:

5.1. Participações nacionais

1. Rastreio nas Farmácias: Inovar em Saúde Pública – Associação Nacional das Farmácias, novembro de 2024
2. Reunião Anual do NGHD - Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais. Caldas da Rainha, novembro 2024
3. Eliminação da Hepatite C em Portugal – Realidade e Perspetiva. Simpósio ID. Lisboa, novembro de 2024
4. A Esperança nas Novas Tecnologias. International Adolescent Health Week. Lisboa, outubro 2024
5. Cuidados Médicos em Situações Extremas: Dos Intensivos aos Paliativos. Curso Pós-Graduado em Direito Penal e Medicina, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, outubro 2024
6. Bons Fígados, Maus Fígados. Rotary Club de Vila Nova de Gaia. Vila Nova de Gaia, outubro 2024
7. O Futuro da Medicina em Portugal – Desafios e Oportunidades: perspetiva de um Hospital Central. Congresso Nacional do Interno de Formação Geral (MEDSTART), Lisboa, setembro 2024
8. O que Mudou no Panorama Nacional da Publicação Científica. VII Simpósio Acta Médica Portuguesa, Ordem dos Médicos, Coimbra, setembro 2024
9. Hepatite C – O que Falta Fazer? Hot Topics, Semana Digestiva, junho 2024
10. Impacto do Alcoolismo. Jornadas de Trabalho e Informação Pública, Alcoólicos Anónimos, Santo António dos Cavaleiros, junho 2024
11. Programa Nacional das Hepatites Virais – Que Perspetivas? Congresso Português de Hepatologia 2024/27^a Reunião Nacional da APEF, Figueira da Foz, abril 2024

5.2. Participações internacionais

1. *Marche of Machines in Medicine. Integrated Diagnosis and Treatment in Gastroenterology – From Imaging to Molecular Studies.* UMFST G.E. Palade, dezembro 2024, Târgu Mureș, Roménia.
2. *The impact of labour status on drug harms and infectious diseases, Socioeconomics determination (SEDs) of the drug phenomenon.* European Union Drugs Agency (EUDA), Lisboa, setembro de 2024.

Capítulo III

ROTEIRO DE AÇÃO 2026

O Programa Nacional traça o roteiro de ação que orienta a resposta nacional às hepatites virais, identificando as prioridades para o ano de 2026, com vista ao cumprimento das metas definidas pela OMS.

Roteiro de Ação 2026

O PNHV alinha-se com a visão global de eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030 e procura contribuir para que Portugal se mantenha no rumo para atingirmos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente o ODS 3.3.

Para isso, do conjunto de medidas identificadas pelo Programa como medidas estratégicas e prioritárias para 2025, algumas mantêm-se pela sua atualidade e necessidade de continuar a apostar nelas até final do ano de 2026. Estas áreas identificadas procuram guiar a intervenção do Programa, em estreita colaboração com os profissionais de saúde, as organizações de base comunitária e as entidades nacionais e internacionais:

- Contribuir para a elaboração de norma da Hepatite B, com componente dirigida aos cuidados de saúde primários e aos cuidados hospitalares e referência à promoção do diagnóstico precoce de hepatites virais crónicas em adultos, pelo menos uma vez na vida;
- Alavancar o potencial da integração de cuidados das ULS para promover a criação de equipas de Saúde Pública, dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados de Saúde Hospitalares focadas no circuito da pessoa com doença do fígado, a sua família e a comunidade;
- Promover uma ação integrada de saúde pública que permita identificar e compreender os fatores biopsicossociais associados ao aumento das hepatites virais, incluindo o consumo de drogas e práticas de chemsex, com vista à melhoria das estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento;
- Reforçar a importância da vacinação gratuita contra a hepatite B nos grupos em situação de risco acrescido identificados, junto das ULS e das equipas dos cuidados de saúde primários, alinhado com a Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001;
- Colaborar na revisão das orientações em vigor para alargamento da vacinação gratuita contra a hepatite A, para outras populações-chave e grupos vulneráveis, em articulação com a UVIB;
- Reforçar a possibilidade de intervenção direta das equipas locais de saúde pública, particularmente no caso da hepatite B, no contexto da sua atuação espoletada através do SINAVE, de modo a aumentar a capacidade de intervenção na comunidade;
- Reforçar, junto dos profissionais de saúde, a importância do preenchimento do campo referente à coinfeção por vírus da hepatite D em plataforma informática de suporte ao SINAVE, incluindo retrospectivamente (superinfecção) pelos serviços operativos de saúde pública;
- Propor a adição de um novo indicador para os cuidados de saúde que permita monitorizar o desempenho, a título de exemplo, a proporção de utentes adultos com consulta efetuada no ano, e execução de teste para a deteção das hepatites virais;
- Implementar o registo do tipo de hepatite viral e hepatite crónica nos problemas de saúde ativos, através de codificação específica, no âmbito dos CSP, para uma melhor caracterização epidemiológica do País;
- Reforçar o investimento na realização de testes de rastreio e campanhas de sensibilização, nomeadamente na população em geral, em populações-chave e em grupos vulneráveis, tais como pessoas em situação de reclusão, utilizadores de substâncias psicoativas, populações migrantes, entre outras;

- Promover a realização do *Reflex Testing* para a hepatite C, com identificação imediata da presença de ARN-VHC, reduzindo consultas e encurtando tempos de espera, e para a hepatite B, permitindo a identificação subsequente do vírus da hepatite delta em caso de AgHBs positivo, minorando o risco de evolução grave da doença hepática, na presença da coinfeção VHB/VHD;
- Colaborar, com os parceiros relevantes, na elaboração de um roteiro de ação para a abordagem integrada à saúde do migrante em Portugal, que incluam a perspetiva de eliminação das hepatites virais;
- Avaliar, em formato projeto-piloto, a possibilidade de integração da avaliação do estado serológico para as hepatites virais no Boletim de vacinas eletrónico (eBoletim) do utente.

Os resultados das ações promovidas pelo Programa e respetivos parceiros devem servir para avaliar o compromisso de Portugal com as metas internacionais e guiar as intervenções futuras para cumprimento da agenda 2030.

REFERÊNCIAS

1. Despacho n.º 6401/2016 – Diário da República n.º 94/2016, Série II de 2016-05-16, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
2. World Health Assembly, 63. (2010). Viral hepatitis. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/3092>.
3. Portaria n.º 615/2022 – Diário da República nº149/2022, Série II de 2022-08-03, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
4. Despacho n.º 1150/2021 – Diário da República n.º 19/2021, Série II de 2021-01-28, da Direção-Geral da Saúde.
5. Weng MK, Doshani M, Khan MA, et al. Universal Hepatitis B Vaccination in Adults Aged 19–59 Years: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022;71:477–483. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7113a1>
6. CDC. Adult Immunization Schedule – Healthcare Providers | CDC [Internet]. 2023. Disponível em: https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/adult-age.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html.
7. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal Medicine, Twenty-First Edition*. 21st edition. McGraw Hill / Medical; 2022.
8. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Doenças Evitáveis por Vacinação. Lisboa: INSA IP; 2017. Disponível em: Repositório INSA
9. Instituto Português do Sangue e da Transplantação, Coordenação Nacional da Transplantação, Atividade Nacional Anual de Doação e Transplantação de Órgãos, Tecidos e Células.
10. Valente C, Carvalho R, Lino R, Alves D, Aleixo R, Antunes C, et al. Hepatitis Delta infection in individuals living with HIV- mulicentric portuguese study. Delta Cure Meeting, Milan, 11-12 October 2024.
11. Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P. Relatório Anual • 2023 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa: ICAD. 2023.
12. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001 - Vacina contra a hepatite B: actualização da vacinação gratuita de grupos de risco [Internet]. 2001 out. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dt-de-15102001-pdf.aspx>
13. Serviço Nacional de Saúde. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. BI-CSP. SNS. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
14. Serviço Nacional de Saúde. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. BI-CSP. SNS. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/problemasativos.aspx?isdlg=1>
15. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. Segunda Edição. 1999. Edição revista em junho 2011.
16. Decreto-Lei n.º 183/2001 – Diário da República n.º 14/2001, Série I-A de 2001-06-21, da Presidência do Conselho de Ministros, que Aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos.
17. Despacho n.º 6542/2017 – Diário da República n.º 145/2017, Série II de 2017-07-28, do Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Justiça e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
18. Despacho n.º 283/2018 – Diário da República nº4/2008, Série II de 2018-01-05 do Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Justiça e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
19. Direção-Geral da Saúde. Relatório do Programa Nacional para as Hepatites Virais 2024. Lisboa: DGS. 2023. Disponível em <https://www.dgs.pt/hepatites/relatorios-e-publicacoes.aspx>



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