REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

DGS
Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional para as Hepatites Virais

Relatório

2026

Programa Nacional para as Hepatites Virais

Relatório

2026

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
RELATÓRIO DO PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS 2026
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2026
ISBN: (e-book) 978-972-675-399-5

PALAVRAS-CHAVE

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

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
Conceição Outeirinho, Cristina Valente, Gianina Scripcaru, Joana Bettencourt, João Madaleno, Patrícia Pita Ferreira, Rui Gaspar, Rui Tato Marinho, Vítor Magno Pereira.

DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE
Ana Mendes, Luciana Duarte, Pedro Pinto Leite.

DIREÇÃO
Rita Sá Machado
André Peralta Santos

Lisboa, julho de 2026

ÍNDICE GERAL

SIGLAS/ACRÓNIMOS 8

RESUMO EM LINGUAGEM CLARA 10

SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE 11

SUMÁRIO EXECUTIVO 12

ENQUADRAMENTO 13

Capítulo I **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** 20

1. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica 21
2. Caracterização de uma coorte de pessoas com hepatite Delta em Portugal 23
3. Surtos de Hepatite A (2023-2026) 23
4. Hemodiálise e diálise peritoneal 25
5. Dadores de Sangue 27
6. Dadores de órgãos 29
7. Pessoas que utilizam drogas 32
8. Internamentos 33
9. Mortalidade 36

Capítulo II **ATIVIDADES DESENVOLVIDAS** 39

1. Prevenção 40
2. Rastreio e Diagnóstico 44
3. Tratamento 52
4. Literacia em hepatites virais e doenças do fígado 58
5. Participações nacionais e internacionais 60
6. Notas Finais 62

Capítulo III **ROTEIRO DE AÇÃO 2027** 63

Roteiro de Ação 2027 64

REFERÊNCIAS 67

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1. **N.º de casos por semana ISO (data do início dos sintomas) e forma provável de transmissão, 2024-2026** 24

Figura 2. **Prevalência de hepatites virais por 100 000 dadores de sangue, 2017-2025** 27

Figura 3. **Incidência de hepatites virais por 100 000 dadores de sangue habituais, 2017-2025** 28

Figura 4. **Número de transplantes hepáticos por ano, 2012-2025** 29

Figura 5. **Lista de Espera, Transplantes Realizados e Percentagem de Transplantação, 2018–2025** 31

Figura 6. **Número de internamentos por hepatite B em Portugal, 2013-2025** 34

Figura 7. **Número de internamentos por hepatite C crónica em Portugal, 2013-2025** 34

Figura 8. **Número total de internamentos por algumas doenças hepáticas mais comuns em Portugal, 2013-2025** 35

Figura 9. **Número de internamentos totais e mortalidade por carcinoma hepatocelular e colangiocarcinoma intra-hepático em Portugal, 2013-2025** 35

Figura 10. **Número de mortes por doenças hepáticas e das vias biliares, em Portugal, 2017-2024** 37

Figura 11. **Cobertura vacinal contra o VHB por idade/coorte de nascimento, em Portugal, 2020-2025** 40

Figura 12. **Número de inoculações de vacina contra VHA por grupo (adulto ou pediatria), em Portugal Continental, 2020-2025** 42

Figura 13. **Quantidade de vacinas contra a hepatite A, hepatite B, conjugadas A + B, administradas a utentes inscritos nas Unidades de Saúde, em 2025** 42

Figura 14. **Número de seringas distribuídas por ano em Portugal, 1993–2025** 43

Figura 15. **Número de preservativos distribuídos, 2019-2025** 44

Figura 16. **Número de testes de pesquisa de AgHBs prescritos e realizados nos CSP e Hospitais, 2017-2025** 45

Figura 17. **Número de testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC prescritos e realizados nos CSP e Hospitais, 2017-2025** 45

Figura 18. **Pirâmide etária de utilizadores dos CSP com registo de hepatites virais como problema ativo, 2025** 46

Figura 19. **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, 2025** 47

Figura 20. **Prescrição de ALT e AST no SNS nos Cuidados Hospitalares e CSP, 2019-2025** 48

Figura 21. **Número de testes de pesquisa de AgHBs realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos, 2017–2025** 49

Figura 22. **Número de testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos, 2017–2025** 50

Figura 23. **Número total de tratamentos de hepatite C autorizados e n.º total de tratamentos iniciados, 2015-2025** 54

Figura 24. **Percentagem de doentes curados e não curados e distribuição por genótipos, 2015-2025** 54

Figura 25. **Número de tratamentos de hepatite C autorizados por ano, 2015-2025** 55

Figura 26. **Grau de fibrose hepática nos tratamentos iniciados (%), 2015-2025** 55

Figura 27. **Número total de tratamentos de hepatite C autorizados e n.º total de tratamentos iniciados, na população em situação de reclusão, 2015-2025** 57

Figura 28. **Campanha Semana Europeia do Teste 2025** 59

Figura 29. **Infografia Dia Mundial Hepatites 2025** 60

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, 2020-2025** 22

Tabela 2. **Número de casos confirmados de hepatite A associados a surtos, notificados através da plataforma informática de suporte ao SINAVE, por jurisdição regional e forma de transmissão, 2025** 25

Tabela 3. **Prevalência de hepatite B e C em pessoas em hemodiálise e diálise peritoneal de 2017-2025** 26

Tabela 4. **Total de dadores VHB+ e VHC+, por ano (2017-2025) e por dadores de 1ª vez e dadores habituais** 28

Tabela 5. **Número de casos de hepatites B e C no universo dos dadores de órgãos, 2017-2025** 29

Tabela 6. **Número de casos de hepatite B e C transplantados no universo de transplantados do fígado, 2017-2025** 30

Tabela 7. **Cobertura dos rastreios, prevalência de anti-VHC+ e novas infeções por VHC em utentes em tratamento, 2024** 32

Tabela 8. **Cobertura dos rastreios, prevalência de AgHBs+ e novas infeções por VHB em utentes em tratamento, 2024** 33

Tabela 9. **Taxa de mortalidade por grupos selecionados de doenças hepáticas, das vias biliares e hepatites virais (óbitos por 100 000 habitantes), Portugal, 2017–2024** 38

Tabela 10. **Tempo médio decorrido em dias entre data de pedido e data de início de tratamento, 2015-2025** 56

Tabela 11. **Evolução dos principais domínios de intervenção do PNHV, 2021 - 2025** 62

Tabela 12. **Quadro Operacional Plano de Ação 2027** 66

SIGLAS/ACRÓNIMOS

AAD	Antivirais de Ação Direta
Anti-HBe	Anticorpo contra o antigénio "e" da hepatite B
Anti-HBs	Anticorpo contra o antigénio de superfície da hepatite B
Anti-VHD	Anticorpo contra o vírus de hepatite Delta
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
ADN VHB	Ácido desoxirribonucleico do vírus da hepatite B
AgHBe	Antigénio "e" da hepatite B
AgHBs	Antigénio de superfície do vírus da hepatite B
ALT	Alanina aminotransferase
anti-VHC	Anticorpo contra o vírus da hepatite C
ARN VHC	Ácido ribonucleico do vírus da hepatite C
ARN VHD	Ácido ribonucleico do vírus da hepatite Delta
APRI	*AST to Platelet Ratio Index*
AS	Autoridades de Saúde
AST	Aspartato aminotransferase
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
BIMH	BI para a Morbilidade Hospitalar
CDC	*Centers for Disease Control and Prevention*
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
EASL	*European Association for the Study of the Liver*
ECDC	*European Centre for Disease Prevention and Control*
ELPA	*European Liver Patient Association*
FIB-4	*Fibrosis-4 Index*
gBHSH	Gays, bissexuais e outros homens que têm sexo com homens
HSH	Homens que têm sexo com homens
ICAD	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.
ICD-9-CM	*International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification*
ICD-10-M/PCS	*International Classification of Diseases, 10th Revision, Procedure Coding System*

ICPC	Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários
INE	Instituto Nacional de Estatística, I.P.
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(ões) sexualmente transmissível(eis)
MASLD	*Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease* (Doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica)
MCDT	Meios 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 de Troca de Seringas
PUDI	Pessoas que utilizam drogas injetadas
RNU	Registo Nacional de Utentes
RRMD	Redução de Riscos e Minimização de Danos
RVS	Resposta virológica sustentada
SESARAM	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
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
UE	União Europeia
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	*World Hepatitis Alliance*

RESUMO EM LINGUAGEM CLARA

O que é este documento?
Trata-se do Relatório, do ano de 2026, com dados 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 caracteriza a atual situação das hepatites virais em Portugal. Descreve as características clínicas e epidemiológicas, sintetiza as principais atividades desenvolvidas de vigilância epidemiológica, prevenção, diagnóstico e tratamento, ao longo do ano de 2025. Propõe estratégia que traça um roteiro de ação para o ano de 2027.

Quais são as principais conclusões?

- Portugal mantém elevada cobertura vacinal contra a hepatite B, atingindo níveis de excelência mundial, em todas as coortes, incluindo vacinação à nascença.
- Regista-se aumento significativo dos casos de hepatite A, associado a diferentes surtos, com impacto em populações específicas.
- Salienta-se aumento das notificações de hepatite B, pelo segundo ano consecutivo, exigindo reforço da vigilância e prevenção.
- Regista-se um aumento do número de testes de rastreio para hepatites B e C, quer nos cuidados de saúde primários, quer em contexto hospitalar e comunitário.
- A hepatite C apresenta elevadas taxas de cura (cerca de 97%), com impacto na redução da doença hepática avançada, internamentos e impacto positivo no transplante hepático.
- Mantém-se a necessidade de reforçar o diagnóstico precoce, uma vez que uma proporção relevante de doentes inicia tratamento em fases avançadas da doença, com fibrose avançada ou cirrose hepática.
- Persistem desafios no acesso e continuidade de cuidados em populações vulneráveis, nomeadamente pessoas que utilizam drogas, população reclusa e imigrantes.

O que se quer atingir em 2026?

- Cumprir os objetivos definidos pela OMS para 2030, nomeadamente a redução da incidência em 90% e da mortalidade em 65% associadas às hepatites virais.
- Reforçar o conhecimento da epidemiologia das hepatites virais em Portugal, através da melhoria dos sistemas de vigilância.
- Aumentar a cobertura de rastreio da hepatite B e C, promovendo a realização do teste "pelo menos uma vez na vida", com especial foco em grupos vulneráveis.
- Melhorar o acesso ao tratamento, garantindo o início mais rápido da terapêutica após o diagnóstico.
- Reforçar a prevenção, incluindo vacinação contra as hepatites A e B e estratégias de redução de riscos.
- Promover a integração de cuidados entre os diferentes níveis de prestação (cuidados de saúde primários, hospitalares e saúde pública).
- Aumentar a literacia em hepatites virais, integrando o conceito de "fígado saudável" no contexto da promoção de estilos de vida saudável e reforçando a perceção do risco oncológico da doença hepática crónica, designadamente a cirrose hepática.

SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE

What is this document?
This is the 2026 Report, containing 2025 data, of the National Programme for Viral Hepatitis, one of the Priority Health Programmes of the Directorate-General of Health.

What can I find in this document?
The document describes the current status of viral hepatitis in Portugal. It presents the clinical and epidemiological characteristics of the disease and summarizes the main activities carried out in 2025 in the areas of epidemiological surveillance, prevention, diagnosis, and treatment. It also proposes a strategy outlining a roadmap for action in 2027.

What are the main conclusions?

- Portugal continues to maintain high hepatitis B vaccination coverage, achieving world-class levels across all population cohorts, including birth-dose vaccination.
- A significant increase in hepatitis A cases was recorded, associated with several outbreaks affecting specific population groups.
- An increase in hepatitis B notifications was observed for the second consecutive year, highlighting the need to strengthen surveillance and prevention measures.
- The number of hepatitis B and C screening tests increased in primary healthcare, hospital, and community settings.
- Hepatitis C continues to show high cure rates (approximately 97%), contributing to reductions in advanced liver disease, hospital admissions, and exerting a positive impact on liver transplantation outcomes.
- There remains a need to strengthen early diagnosis, as a substantial proportion of patients initiate treatment at advanced stages of disease, with advanced fibrosis or liver cirrhosis.
- Challenges persist in ensuring access to and continuity of care among vulnerable populations, particularly people who use drugs, incarcerated individuals, and migrants.

What do we aim for 2026?

- Achieving the WHO targets for 2030, namely a 90% reduction in incidence and a 65% reduction in mortality associated with viral hepatitis.
- Improving knowledge of the epidemiology of viral hepatitis in Portugal through improvements in surveillance systems.
- Increasing hepatitis B and C screening coverage by promoting testing at least once in a lifetime, with a particular focus on vulnerable groups.
- Improving access to treatment, ensuring more rapid initiation of therapy following diagnosis.
- Prevention measures, including hepatitis A and B vaccination and risk-reduction strategies.
- Promoting integrated care across different levels of healthcare delivery, including primary care, hospital care, and public health services.
- Increasing literacy regarding viral hepatitis by incorporating the concept of a "healthy liver" within the promotion of healthy lifestyles and by raising awareness of the oncological risks associated with chronic liver disease, particularly liver cirrhosis.

SUMÁRIO EXECUTIVO

O Programa Nacional para as Hepatites Virais (PNHV) da Direção-Geral da Saúde (DGS) prossegue, em 2026, a sua missão de redução da incidência, morbilidade e mortalidade associadas às hepatites virais em Portugal. Esta missão tem alinhamento com os objetivos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a eliminação desta infeção enquanto problema de saúde pública até 2030[1].

As hepatites virais continuam a representar importante causa de doença hepática crónica, cirrose e carcinoma hepatocelular, sendo os vírus da hepatite B (VHB) e da hepatite C (VHC) responsáveis pela maioria da mortalidade associada.

A situação epidemiológica nacional evidencia tendências diferenciadas. Destaca-se, em 2024 e 2025, um aumento expressivo dos casos de hepatite A, associado a surtos com diferentes padrões de transmissão, nomeadamente em contextos de défice de salubridade e transmissão sexual. Verifica-se igualmente aumento das notificações de hepatite B, pelo segundo ano consecutivo. Por sua vez, os dados relativos à hepatite C refletem, em parte, alterações metodológicas nos sistemas de vigilância, não sendo possível inferir diretamente uma variação da incidência.

Apesar destes desafios, mantêm-se progressos relevantes na resposta nacional. O acesso generalizado gratuito a terapêuticas antivíricas altamente eficazes, em particular para a hepatite C, tem contribuído para a redução significativa da carga da doença, com diminuição dos internamentos, da progressão para doença hepática avançada e da necessidade de transplante hepático. As taxas de resposta virológica sustentada permanecem elevadas, na ordem dos 97%.

No que diz respeito à prevenção, destaca-se a elevada cobertura vacinal contra o VHB, superior a 98%, bem como a manutenção de intervenções estruturadas de saúde pública, incluindo programas de rastreio, segurança transfusional e no contexto da diálise, assim como medidas de redução de riscos e minimização de danos. Estas estratégias têm contribuído para a diminuição da transmissão, especialmente em populações vulneráveis.

No domínio do tratamento, este relatório destaca uma década de tratamento da hepatite C em Portugal com antivirais de ação direta (AAD) e reflete sobre a evolução do tratamento da hepatite C como um dos exemplos mais relevantes de sucesso em política de saúde pública das últimas décadas. Os resultados alcançados após a adoção da estratégia de acesso universal aos AAD em 2015, desde o número de pessoas tratadas e curadas com taxas de cura superiores a 97%, demonstram como o País se aproximou de um objetivo que parecia inatingível no início da década passada: transformar uma das principais causas de cirrose e transplante hepático numa infeção curável e potencialmente eliminável como problema importante de saúde pública.

Persistem, contudo, desafios relevantes, nomeadamente o subdiagnóstico das infeções crónicas, a necessidade de reforço do rastreio e dirigido, a melhoria do acesso e ligação aos cuidados de saúde e a consolidação dos sistemas de vigilância epidemiológica, incluindo a monitorização e inclusão no SINAVE da hepatite Delta.

O presente relatório evidencia, assim, uma trajetória global positiva, com progressos consistentes em direção à eliminação das hepatites virais. Portugal evidencia uma evolução globalmente favorável no controlo das hepatites virais, sustentada por políticas públicas integradas e ganhos efetivos em saúde.

No entanto, reforça a necessidade de intensificar intervenções integradas, no reforço das estratégias de proximidade, a redução das desigualdades no acesso à prevenção, ao diagnóstico e tratamento eficaz, centradas nas populações mais vulneráveis, promovendo a articulação entre cuidados de saúde, literacia em saúde e políticas públicas, de forma a consolidar os ganhos alcançados e cumprir os objetivos definidos para 2030.

ENQUADRAMENTO

Na Europa as formas mais comuns de hepatites virais são a hepatite A, B, C e E, da responsabilidade dos vírus da hepatite A (VHA), vírus da hepatite B (VHB), vírus da hepatite C (VHC) e vírus da hepatite E (VHE). O vírus da hepatite Delta (VHD) é um vírus incompleto, que depende do VHB, só infetando pessoas infetadas pelo VHB, quer em simultâneo (coinfeção) ou surgindo na infeção crónica pelo VHB (superinfeção).

Cerca de 304 000 000 pessoas estão cronicamente infetadas por VHB ou VHC, e aproximadamente 1 300 000 pessoas morrem anualmente (cerca de 2,7 % do total de mortes) por causas relacionadas com as hepatites virais[2]. Estima-se que 57% dos casos de cirrose e 78% dos casos de carcinoma hepatocelular (cancro hepático primitivo), sejam da responsabilidade do VHB e VHC[3].

Das hepatites virais, apenas a hepatite Delta não integra a lista de Doenças de Notificação Obrigatória (DNO) em Portugal.[4] Contudo, é possível registar a coinfeção, a partir da notificação da hepatite B, por esta ser condição necessária à infeção por VHD.

A apresentação clínica pode variar de formas assintomáticas até formas graves, cirrose hepática descompensada ou mesmo carcinoma hepatocelular[5]. As formas agudas, em geral são assintomáticas, podem ter uma gravidade variável dependendo do vírus e do estado patológico ou fisiológico do hospedeiro. As formas crónicas (ex. VHB, VHC, VHD, VHE) apresentam-se, em geral, com uma sintomatologia pobre, passando despercebida, em que muitas vezes o cansaço é o único sintoma referido. Em muitos casos, apenas se identifica alteração ligeira das provas hepáticas, designadamente a ALT.

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 (ex. entre homens que fazem sexo com outros homens); na sua maioria, são doenças autolimitadas, embora algumas pessoas possam evoluir para insuficiência hepática aguda.

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

A evolução para cronicidade no adulto é muito mais frequente na hepatite C e Delta. Em conjunto, o VHB e o VHC são responsáveis por 96% da mortalidade por hepatites virais e, portanto, graves problemas de saúde global.

HEPATITE A

A via de transmissão é a via fecal-oral, através de alimentos contaminados crus, ou mal cozinhados, tendo atingido em alguns países da Europa, um aumento de 11 vezes de 2023 para 2024. Também na Europa se tem assistido a um aumento significativo do número de casos em homens que fazem sexo com outros homens, representando a via sexual quase 50% do total de casos[6]. A apresentação clínica nas crianças é, geralmente, ligeira, verificando-se um aumento da severidade com o aumento da idade. Esta infeção é raramente fatal, ocorrendo uma recuperação em 2-3 semanas, assistindo-se a formas mais arrastadas, com colestase em cerca de 10% dos casos. Existem vacinas monovalentes contra a hepatite A e vacinas combinadas contra a hepatite A e hepatite B.

HEPATITE B

A transmissão é sobretudo parentérica (contacto com sangue), sexual, vertical (transmissão mãe-filho) e horizontal (em conviventes próximos, sobretudo na infância). Nas crianças, a possibilidade de evolução para cronicidade é significativamente maior do que nos adultos. O VHB é um vírus oncogénico, evitável por vacinação.

HEPATITE C

A infeção ocorre através do contacto com sangue e derivados, sobretudo em utilizadores de drogas, em atos sem condições de assepsia e por contacto sexual. A evolução para cronicidade é muito elevada. 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)[7]. O risco de transmissão durante a gestação/parto estima-se em 4-7%, podendo assumir valores mais elevados em mães que vivam com coinfeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH). Não havendo vacina, a prevenção e as boas práticas são a única forma de evitar a transmissão.

HEPATITE DELTA

Nesta forma, as vias de transmissão são as vias parentérica e sexual, tratando-se da forma mais agressiva de hepatite viral. Perante um portador de hepatite B, a hepatite Delta deve ser sempre pesquisada; sendo desejável que todos os laboratórios tivessem disponível o teste reflexo, ou seja, sempre que o Antigénio de superfície do vírus da hepatite B (AgHBs) fosse positivo, seria imperioso fazer a testagem automática do anticorpo-Delta (anti-VHD). Constitui a forma mais grave de hepatite viral, pela progressão mais rápida e com evolução para cirrose em 70-80% dos casos[8]. Estima-se que cerca de 5% das pessoas com hepatite B crónica vivam também com infeção por VHD. A vacinação contra o VHB previne também a hepatite Delta.

HEPATITE E

A hepatite E é uma das formas mais comuns em áreas endémicas. Em Portugal estão descritos algumas dezenas de casos. Trata-se de uma zoonose, em que o consumo de carnes mal cozinhadas, e o contacto com porcos e/ou javalis, pode constituir uma forma de transmissão. A hepatite E pode assumir formas graves, particularmente em grávidas e em pessoas imunocomprometidas, e embora raramente, pode evoluir para formas crónicas.

PREVENÇÃO

A prevenção é a forma mais eficaz de evitar a transmissão das hepatites virais, contribuindo para melhores resultados em saúde. As diferentes hepatites diferem na sua distribuição geográfica e formas de transmissão, de forma que a prevenção e controlo devem ser adaptados. Uma abordagem abrangente para prevenção das hepatites virais inclui várias estratégias.

A prevenção deve incluir:

- vacinação, particularmente contra o VHB e, quando apropriado, contra o VHA, podendo fazer-se em simultâneo (vacinação combinada). Existe uma vacina contra o VHE, que foi desenvolvida e licenciada na China, mas ainda não está amplamente disponível, nomeadamente em Portugal;
- prevenção da transmissão vertical do VHB (vacinação do recém-nascido antes das 24h);
- precauções básicas de controlo de infeção;
- segurança na administração de injeções, sangue e no ato cirúrgico;

- programas de redução de riscos e minimização de danos para pessoas que utilizam drogas por via injetada ou inalada;

- 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

A vacinação constitui uma das principais medidas de prevenção das hepatites virais, integrando o Programa Nacional de Vacinação (PNV) e outras estratégias de imunização dirigidas a grupos com risco acrescido de exposição ou de doença grave. O Livro Azul de Vacinas: Programa Nacional de Vacinação e outras estratégias de imunização estabelece o enquadramento técnico nacional para a vacinação ao longo do ciclo de vida, complementado por normas específicas da Direção-Geral da Saúde (DGS).

No que diz respeito à vacinação contra a Hepatite A, encontram-se disponíveis, em Portugal, vacinas monovalentes (em dose pediátrica e de adulto) e uma vacina combinada contra a hepatite A e B. A vacinação é recomendada a pessoas não imunes com risco acrescido de exposição ou de doença grave, em diferentes contextos, nomeadamente em pré-exposição, pós-exposição, no âmbito da medicina do viajante e em situações especiais previstas no Programa Nacional de Vacinação (PNV), de acordo com os esquemas vacinais definidos no Livro Azul de Vacinas: Programa Nacional de Vacinação e outras estratégias de imunização.

Em contexto de pré-exposição, a vacinação é recomendada, a pessoas não imunes com risco acrescido de exposição, nomeadamente pessoas com múltiplos parceiros sexuais, parceiros sexuais anónimos, história de práticas de *chemsex*, pessoas envolvidas em prática de sexo comercial, funcionários ou utilizadores de espaços onde se pratique sexo em grupo ou sexo anónimo, pessoas com diagnóstico recente de infeção sexualmente transmissível (IST), pessoas em profilaxia pré-exposição (PrEP) para o VIH, profissionais de saúde com contacto direto e continuado com pessoas com hepatite A em fase aguda, profissionais envolvidos na colheita e processamento de produtos biológicos de casos suspeitos ou confirmados, pessoas com saneamento básico inadequado e/ou acesso limitado a água potável e trabalhadores do setor dos serviços de águas e resíduos.

Em contexto de pós-exposição ou de surto, recomenda-se a vacinação dos contactos próximos assintomáticos de casos confirmados de hepatite A, o mais precocemente possível após a última exposição, idealmente até 14 dias.

No âmbito do PNV, a vacinação contra a hepatite A é recomendada a pessoas candidatas a transplante hepático e pessoas com doença hepática crónica com avaliação serológica negativa, bem como a pessoas sob tratamento com fatores de coagulação derivados do plasma. No âmbito da medicina do viajante, a vacinação contra a hepatite A é recomendada, mas não gratuita, a viajantes ou turistas que se desloquem ou vão residir para países de elevada endemicidade para a hepatite A.

No caso da hepatite B, e de acordo com o Livro Azul de Vacinas, a vacinação integra o PNV, sendo administrada em 3 doses: ao nascimento, aos 2 meses e aos 6 meses de idade. Recomenda-se, ainda, a vacinação de pessoas com esquemas incompletos e de grupos de risco, como profissionais de saúde, doentes renais, utilizadores de drogas injetáveis e coabitantes de pessoas infetadas. Nos recém-nascidos de mães com hepatite B, está indicada a administração da vacina associada à imunoglobulina específica nas primeiras 12 horas de vida. As pessoas em risco para os quais a vacinação contra a hepatite B é recomendada incluem coabitantes

de pessoas com infeção pelo VHB, pessoas com hemofilia, profissionais de saúde e estudantes da área da saúde, profissionais e utentes de instituições para crianças com perturbações do desenvolvimento psicomotor ou comportamental, profissionais e utentes das Cooperativas de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas (CERCI), profissionais do sexo e pessoas que utilizam drogas injetáveis.

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 antivírico em mães AgHBs positivo, a partir da 28ª 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 hepatocelular (CHC)[9]. 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 Programa Nacional de Vacinação (PNV) de forma universal, no ano 2000.

A OMS recomenda atualmente a imunização universal de todos os recém-nascidos, com pelo menos 3 doses da vacina contra hepatite B. A primeira dose deve ser administrada o mais brevemente 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 28ª semana de gestação até pelo menos à data do nascimento, sob certas condições (isto é valor de Ácido desoxirribonucleico do vírus da hepatite B (ADN-VHB)). Essa recomendação, somada à vacinação contra a hepatite B num esquema de 3 doses em todos os bebés, ajuda a prevenir a transmissão do VHB durante a gestação e o parto, com eficácia perto dos 95%.

PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

Com o objetivo de proteger o utente e o profissional de saúde devem ser aplicadas as seguintes medidas, 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; etc.

SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE INJEÇÕES, SANGUE E CIRURGIAS

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

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

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 a dependência de opiáceos. A implementação destas intervenções é essencial para controlar as epidemias de hepatites virais e de infeção por VIH. No entanto, verifica-se uma cobertura global insuficiente deste tipo de intervenções.

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.

A prática de *chemsex* (relações sexuais sob o efeito de drogas) aumenta substancialmente o risco de aquisição de hepatites virais, particularmente de hepatite A, B e C[10].

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 a implementação de estratégias de vigilância de reinfeções. Estas medidas exigem uma forte ligação aos cuidados de saúde, um acesso fácil ao tratamento e a responsabilização de todos os intervenientes.

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

Tratando-se da forma mais agressiva de hepatite viral, o rastreio é fundamental. Após as recomendações da *European Association for the Study of the Liver* (EASL), sobre hepatite Delta, assistiu-se a um aumento da testagem do anticorpo contra o Vírus da Hepatite D (anti-VHD) nos indivíduos AgHBs positivos, conforme demonstrado numa análise de 1 137 doentes, em que se verificou testagem para hepatite delta em 48,4% dos casos. Este estudo evidenciou um aumento substancial da testagem antes de 2023 e depois dessa data com percentagens de 41,9% e 53,2% respetivamente[11]. Esta testagem e a utilização do teste reflexo, que significa testar para anti-VHD todos os AgHBs positivos, e do duplo reflexo, isto é a realização imediata do ácido ribonucleico do vírus da hepatite Delta (ARN-VHD) em caso de anti-VHD positivo, irão certamente contribuir para um diagnóstico atempado e um tratamento adequado destes doentes.

FÍGADO, TER CIRROSE OU NÃO TER DOENÇA HEPÁTICA, ENTIDADE ONCOLÓGICA

A doença hepática é uma entidade multifacetada, que pode ter aspetos clínicos de "hepatite aguda" muito raramente com evolução fatal, para hepatite fulminante, mas por vez com uma longa história natural, que pode levar décadas, na maioria dos casos, de forma silenciosa.

Esta evolução para a cronicidade, para cirrose hepática, traz consigo risco de encurtamento da esperança média de vida, mas por outro lado de evolução oncogénica, para CHC.

As hepatites virais, de A a E, não são apenas letras, por detrás delas são seres humanos que sofrem e que podem vir a ter evolução desfavorável, como acima se referiu.

O risco de CHC num doente com cirrose hepática é de 10-40% ao fim de 10 anos. Perante uma cirrose descompensada ou carcinoma hepatocelular, a esperança média de vida reduz-se de forma significativa.

Quem tem doença hepática crónica/cirrose, devido aos hábitos e ao estilo de vida, pode ter como comorbilidades, o consumo excessivo de álcool ou o excesso de peso com envolvimento hepático, a denominada MASLD (*Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease*), em português Doença Hepática Esteatótica associada à Disfunção Metabólica.

Ou seja, os vírus, particularmente aqueles com potencial evolução para a cronicidade, como o vírus B e C, têm de momento importantes comorbilidades, também elas com relevância oncológica.

Quando se observa um doente em consulta a preocupação é mesmo essa, Cirrose hepática, Ser ou não Ser, Ter ou não Ter.

Existem várias formas de a diagnosticar (clínica, laboratorial, métodos de imagem, elastografia hepática transitória – exame não invasivo com ultrassons, com dupla capacidade para detetar a fibrose e esteatose), biópsia hepática ou através de scores baseados em análises comuns (como ARPI - índice do rácio de AST (para plaquetas, ou o FIB-4 - índice Fibrose- 4), de entre outros.

FÍGADO COMO ÓRGÃO GLOBAL, COMO PORTA DE ENTRADA PARA ABORDAGEM DE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL? MÚLTIPLAS FORMAS DE INTERVENÇÃO

A deteção de doença hepática crónica ou apenas estádios iniciais, ainda sem cirrose pode constituir um instrumento excelente para a promoção de estilos de vida saudável: vacinação para as hepatites (A e B), erradicação ou controlo vírico (respetivamente C ou B), ou terapêutica para as formas mais graves, que poderá ir até ao transplante hepático.

Existem algumas novas formas de intervenção recentes que poderão trazer benefícios na eficácia da intervenção médica na doença hepática, como sejam Bulevirtida na hepatite Delta, Bepirovirsen na cura funcional da hepatite B ainda em ensaios clínicos fase 3 e os análogos da GLP-1 para a MASLD.

A terapêutica da hepatite C vê agora, decorrida uma década, os resultados benéficos virem à superfície, como está bem patente neste relatório: redução do número de internamentos por cirrose hepática descompensada, do número de transplantes hepáticos associados à hepatite C, redução da taxa de fibrose avançada/cirrose nos doentes inseridos no portal, que se tem reduzido ao longo dos anos, de 61% em 2015 para 34% em 2025.

De referir que o portal do Infarmed para a hepatite C, já com 10 anos, interpreta uma forma cada vez mais relevante da avaliação dos dados de saúde, *Real World Evidence*, ou seja, os dados da vida real. O portal do Infarmed inclui mais de 38 000 doentes.

PREVENÇÃO E ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL

O Plano Nacional de Saúde 2030 revela alguns dados com relevância para a estimativa do impacto da doença hepática: a 8ª causa da mortalidade antes dos 75 anos é a doença hepática crónica e a 13ª os tumores malignos do fígado, este último em crescendo.

A prevenção deve incluir a realização do teste para as hepatites B e C, pelo menos uma vez na Vida, a avaliação da ALT, a promoção da vacinação, o controlo do peso, a atividade física, a alimentação saudável e a evicção do consumo excessivo de álcool.

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, morbilidade 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 órgãos e nos transplantados, entre outras.

A informação constante deste capítulo provém de múltiplas fontes de diversos organismos, como a DGS (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 A, B, C e E são doenças de notificação obrigatória (DNO) e integram o SINAVE. A hepatite Delta não é objeto de notificação autónoma, contudo o inquérito epidemiológico da hepatite B inclui campos específicos que permitem registar informação sobre eventual coinfeção (infeção simultânea, no momento do diagnóstico da hepatite B) ou superinfeção (de forma retrospetiva), sendo necessário atualizar a notificação inicial da hepatite B para incluir essa informação.

Os dados de vigilância epidemiológica foram obtidos a partir da plataforma informática de suporte ao SINAVE (Tabela 1). Destaca-se que os dados referentes ao ano de 2025 ainda são provisórios.

Mantém-se o aumento significativo do número de casos confirmados de hepatite A (mais 845 casos confirmados face a 2024, um aumento de 265%), relacionados com diferentes surtos entre 2024-2025, descritos adiante. Adicionalmente, observa-se igualmente um aumento do número de casos confirmados de hepatite B com mais 83 casos confirmados face a 2024, correspondendo a um aumento de 31%. Trata-se do segundo ano consecutivo de aumento das notificações. Contudo, atendendo a que os dados incluem infeções agudas e crónicas e são influenciados pelas práticas de testagem, pelo momento do diagnóstico e pela oportunidade de notificação, esta evolução não permite, por si só, concluir pela existência de um aumento da incidência ou da transmissão recente do VHB. A evolução observada poderá refletir diferentes fatores, incluindo alterações na realização de testes e na deteção de infeção previamente não diagnosticada, não sendo possível quantificar o contributo relativo de cada fator, com base nos dados disponíveis. Apesar de poder estar relacionado com o potencial aumento de consciencialização para a importância do rastreio de hepatites, e com uma maior literacia sobre esta infeção, poderá estar também relacionado com um possível 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[12]. Os dados utilizados baseiam-se em sistemas de vigilância, como o SINAVE, ou seja, na notificação de novos casos. O número de notificações apresenta limitações como proxy para o valor real da incidência pela subnotificação e pelo número de notificações ser fortemente afetado pelas políticas de testagem do país ou do grupo populacional, com vários diagnósticos a serem registados muito depois da verdadeira infeção. De acordo com os dados de vigilância europeia, as notificações de hepatite B crónicas têm aumentado e não houve declínio nas notificações de hepatite B agudas.

Em 2025, entre as notificações de hepatite B, não foram identificados casos com indicação de coinfeção ou superinfeção por VHD, no respetivo inquérito epidemiológico. Este resultado não permite estimar a ocorrência de hepatite Delta em Portugal, uma vez que esta infeção, como referido, não é objeto de notificação na plataforma informática de suporte ao SINAVE e o preenchimento dos campos correspondentes depende da realização da testagem para VHD e do registo dos dados disponíveis.

Relativamente à Hepatite C, foi introduzida em 2024 uma alteração metodológica, condicionando uma quebra de série, que pode justificar o aumento do número de notificações registadas em 2024 e 2025. 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 de incidência ou da transmissão recente 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. As notificações de hepatite B e de hepatite C incluem tanto infeções agudas como infeções crónicas, algumas das quais poderão ter sido diagnosticadas ou adquiridas em anos anteriores.

No que concerne à Hepatite E verificou-se um aumento do número de casos confirmados (mais 32 casos confirmados face a 2024, um aumento de 123%).

O SINAVE constitui um instrumento crucial para a identificação e monitorização de situações de risco em Saúde Pública. Opera através de uma rede colaborativa que integra médicos notificadores, Autoridades de Saúde (AS), Unidades de Saúde Pública, laboratórios e demais entidades do sistema de saúde. A notificação obrigatória (clínica e laboratorial), através de uma plataforma informática que lhe dá suporte, é o alicerce do conhecimento epidemiológico e condição indispensável à definição de estratégias de intervenção eficazes, a nível nacional e regional.

Realça-se que as taxas de notificação foram calculadas utilizando as estimativas anuais da população residente disponibilizadas pelo INE, produzidas segundo a metodologia anteriormente utilizada, pelo que os Valores poderão apresentar ligeiras diferenças face aos que resultariam da aplicação da metodologia mais recente.

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, 2020-2025**

		HEPATITE A			HEPATITE B			HEPATITE C			HEPATITE E
Ano		M	F	T	M	F	T	M	F	T	T**
2020	Casos confirmados	9	11	**20**	76	53	**129**	117	43	**160**	**11**
	Taxa de 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**
	Taxa de 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**
	Taxa de 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**
	Taxa de 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**
	Taxa de notificação / 100 000 hab.	2,4	0,6	**3,0**	2.9	2.2	**2.5**	8.5	2.4	**5.3**	**0,2**
2025*	Casos confirmados	781	383	**1 164**	202	152	**354**	363	84	**447**	**58**
	Taxa de notificação / 100 000 hab.	15.2	6.8	**10.8**	3.9	2.7	**3.3**	7.1	1.5	**4.2**	**0.5**
TOTAL	Casos confirmados (2020-2025)	**1 098**	**488**	**1 586**	**725**	**526**	**1 251**	**1 346**	**404**	**1 750**	**146**

* Dados provisórios
** Para garantir o segredo estatístico, apresenta-se apenas o total de casos para ambos os sexos
M – sexo masculino; F – sexo feminino; T – total para ambos os sexos
Taxa de notificação - número de casos confirmados notificados por 100 000 habitantes
Fonte: SINAVE e INE. As taxas de notificação foram calculadas utilizando como denominador as estimativas anuais da população residente publicadas pelo INE (não atualizado à nova metodologia).

2. Caracterização de uma coorte de pessoas com hepatite Delta em Portugal

A informação disponível não permite estimar a prevalência ou a incidência da infeção por hepatite Delta em Portugal, uma vez que, como referido, esta hepatite não é objeto de notificação autónoma no SINAVE e não existe, à data, um sistema nacional de vigilância específico para esta infeção.

Encontram-se, contudo, disponíveis dados provenientes de coortes clínicas, que permitem caracterizar algumas das pessoas diagnosticadas e acompanhadas em contexto hospitalar.

Os dados das coortes clínicas portuguesas sugerem uma população epidemiologicamente heterogénea quanto à origem geográfica, incluindo pessoas oriundas de regiões onde a hepatite Delta é mais frequente.

Aos dados nacionais anteriormente descritos, juntam-se agora resultados mais recentes de uma coorte multicêntrica portuguesa de pessoas em tratamento com Bulevirtida, incluindo 33 pessoas seguidas em 11 centros hospitalares nacionais.

Nesta população, observou-se predomínio do sexo masculino (61%), coinfeção por VIH em 20% dos casos e uma distribuição geográfica marcada por 46% de pessoas oriundas de África, sobretudo da Guiné-Bissau, 36% oriundas de Portugal, 12% da Europa de Leste e 6% da Ásia Central[13]. Nas pessoas em que foi possível determinar o genótipo viral, identificaram-se seis casos de VHD-1, sete de VHD-5 e um de VHD-8. Os casos de VHD-1 corresponderam a pessoas oriundas de Portugal ou da Europa de Leste, enquanto os casos de VHD-5 foram observados em pessoas oriundas da África Ocidental e o caso de VHD-8 em pessoa proveniente da África Austral. Estes dados reforçam a heterogeneidade epidemiológica já anteriormente descrita na infeção por VHD em Portugal.

No que diz respeito à gravidade da doença hepática, os dados mais recentes confirmam uma carga elevada de doença avançada entre os doentes observados em contexto de prática clínica. Na coorte portuguesa, 73% dos doentes apresentavam doença hepática crónica avançada compensada, com uma mediana de elasticidade hepática de 16 kPa[13].

3. Surtos de Hepatite A (2023-2026)

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.

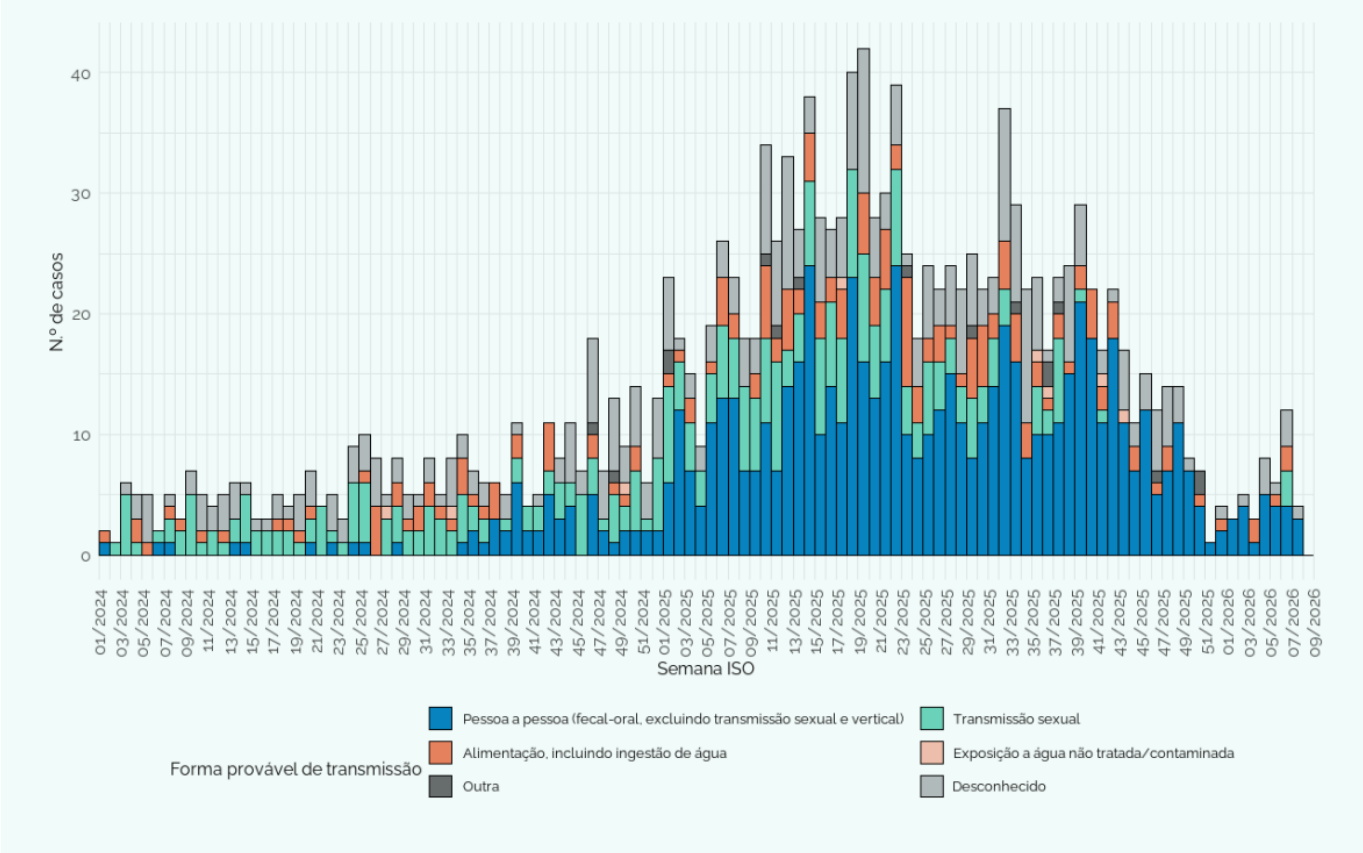
Em 2025, manteve-se a tendência de aumento de casos associados a dois surtos com início no ano de 2024 (Figura 1).

O primeiro surto está associado a transmissão pessoa a pessoa (fecal-oral), influenciado por condições deficitárias de salubridade, afetando sobretudo a população infantil, com ligeira predominância no sexo masculino, das regiões do Algarve, Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo. O segundo surto está associado a transmissão por contacto sexual, afetando predominantemente indivíduos do sexo masculino, com idades entre os 18 e os 44 anos, na região de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte.

Adicionalmente foram identificados 28 surtos, contabilizando um total de 150 casos confirmados, estando a maioria relacionados com transmissão pessoa a pessoa (fecal-oral).

A situação dos surtos aparenta estar em resolução decorrente de medidas implementadas.

O número de casos confirmados em 2025 associados a surtos, por jurisdição e forma de transmissão, encontra-se descrito na tabela 2.



Fonte: DGS/SINAVE

Figura 1. N.º de casos por semana ISO (data do início dos sintomas) e forma provável de transmissão, 2024-2026

Tabela 2. **Número de casos confirmados de hepatite A associados a surtos, notificados através da plataforma informática de suporte ao SINAVE, por jurisdição regional e forma de transmissão, 2025**

FORMA DE TRANSMISSÃO*	ALENTEJO	ALGARVE	CENTRO	LVT	MADEIRA	NORTE	TOTAL GERAL
	N.º de casos	N.º de casos	N.º de casos	N.º de casos	N.º de casos	N.º de casos	N.º de casos
Alimentação, incluindo ingestão de água		6	3	6	3	24	**42**
Consumo de água não tratada/ contaminada						3	**3**
Contacto com animais						1	**1**
Desconhecido	13	9	3	4		24	**53**
Exposição a água não tratada/contaminada (incluindo uso de água recreativa)		1					**1**
Outra	1	2		1		2	**6**
Pessoa a pessoa (fecal-oral, excluindo transmissão sexual e vertical)	286	152	5	103	1	10	**557**
Contacto sexual		1		3	1	111	**116**
TOTAL	**300**	**171**	**11**	**117**	**5**	**175**	**779**

LVT – Lisboa e Vale do Tejo
*Forma provável de transmissão mais frequente entre os casos associados ao surto. Em caso de empate, considera-se a forma provável de transmissão registada para o caso com a data de início de sintomas mais recente.

Entre as medidas implementadas na abordagem destes surtos destacam-se o rastreio e seguimento de contactos, a vacinação pré-exposição de pessoas em maior 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.

O aumento do número de casos e de surtos de hepatite A em Portugal está em linha com o aumento de surtos reportados pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) em diversos países europeus.

4. Hemodiálise e diálise peritoneal

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

No contexto da insuficiência renal crónica, a hepatite B está controlada, desde há vários anos, atendendo aos protocolos existentes e normas de boas práticas clínicas, que incluem a vacinação contra o vírus da hepatite B[14]. Relativamente à hepatite C, ao longo dos anos, tem-se assistido a uma redução significativa do número total de doentes em hemodiálise e diálise peritoneal com anti-VHC e ARN VHC positivos, designadamente 160 casos em 2017 e 14 casos em 2025, conforme dados disponibilizados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN)

(Tabela 3), traduzindo a eficácia do rastreio e dos novos tratamentos. Estes dados demonstram a preocupação sobre este tema e espelham a constante vigilância das hepatites virais por parte dos Centros de Hemodiálise. Os dados mais recentes disponíveis, referentes a 2025, revelam a existência de 1,6% de pessoas portadoras de AgHBs positivo e de 0,1% de pessoas com anticorpo anti-VHC e ARN VHC positivos, no universo de utentes em hemodiálise. Analisando a amostra da população em diálise peritoneal, verifica-se a existência de 1% de pessoas portadoras de AgHBs positivo/infeção crónica, não se verificando nenhum caso de anti-VHC e ARN VHC positivos.

A relevância do programa de controlo das hepatites virais, adotado pelas Unidades de Hemodiálise, permitiu, através da redução da incidência e prevalência, contribuir para a prevenção da doença hepática crónica, que só por si também agrava o prognóstico da doença renal crónica.

A acessibilidade e eficácia dos antivíricos para a hepatite B (tenofovir disoproxil, tenofovir alafenamida e entecavir) e para a hepatite C (glecaprevir/ pibrentasvir, sofosbuvir/ velpatasvir e sofosbuvir/ velpatasvir / voxilaprevir), bem como a sua segurança e eficácia na doença renal crónica, sempre prescritos de uma forma individualizada e ajustada, têm permitido o controlo da doença hepática nesta população, anteriormente responsável por importante morbilidade e mortalidade.

Tabela 3. **Prevalência de hepatite B e C em pessoas em hemodiálise e diálise peritoneal de 2017-2025**

		DOENTES PREVALENTES	VHB COM AGHBS +	ANTI-VHC + ARN VHC +	ANTI-VHC + ARN VHC -	Nº DE DOENTES C/ SERO-CONVERSÃO	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 peritoneal	881	7	0	7	2	0
2023	**Hemodiálise**	13 087	196	25	338	12	14
	Diálise peritoneal	889	5	0	5	0	1
2024	**Hemodiálise**	13 177	198	21	321	12	14
	Diálise peritoneal	912	7	0	3	0	0
2025	**Hemodiálise**	13 148	210	14	314	14	7
	Diálise peritoneal	908	9	0	4	0	1

Fonte: Sociedade Portuguesa de Nefrologia

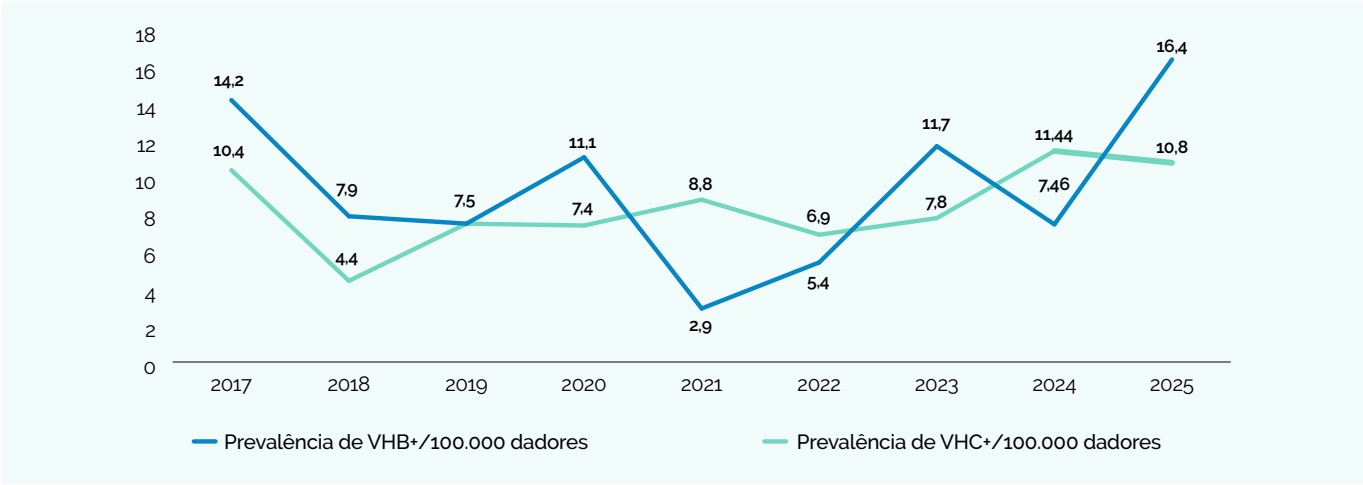
5. Dadores de Sangue

Em Portugal, a doação de sangue é regulamentada por normas e legislação própria, com vista a garantir a segurança e a qualidade do sangue. Antes da doação, é realizada uma avaliação clínica e laboratorial para determinar o risco de infeção e a segurança do dador e do recetor, quanto à presença de vírus da Hepatite B e C, VIH 1 e 2 e sífilis. Para dadores de primeira vez, as amostras 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 sobre a evolução das hepatites virais no nosso país. Como se sabe, a prevalência das hepatites virais nos dadores de sangue é, de um modo geral, inferior à da 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. Ocorreu aumento do número de rastreios positivos para hepatite B de 6 em 2021, para 28 em 2025, o que corresponde a uma prevalência de 16,4 rastreios positivos de hepatite B em 100 000 dadores, mantendo a tendência crescente verificada nos últimos 5 anos. De qualquer modo existe redução no total de dadores AgHBs+ de 55 em 2012 para 28 em 2025, correspondendo a uma descida da prevalência de 22 rastreios positivos por 100 000 dadores em 2015 para 16,4/100 000 em 2025 (Tabela 3).

Para a hepatite C, foram identificados 21 rastreios positivos no ano de 2025, o que se traduz numa prevalência de 10,8 rastreios positivos de hepatite C em 100 000 dadores (Figura 2 e Tabela 4). Destes, 18 são dadores de sangue pela primeira vez, o que justifica o reforço da mensagem 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.

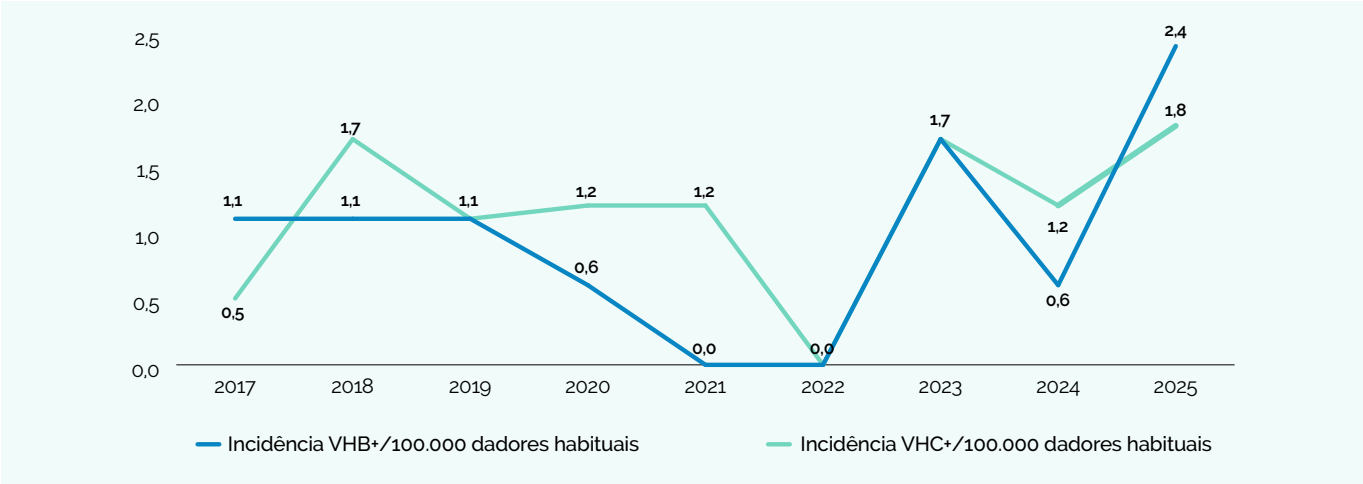


Fonte: IPST

Figura 2. Prevalência de hepatites virais por 100 000 dadores de sangue, 2017-2025

Analisando apenas o número de rastreios positivos em dadores de sangue habituais, verifica-se uma taxa de incidência tendencialmente baixa, apesar de em 2025 se ter detetado 4 casos de AgHBs+ (2,4 rastreios positivos por 100 000 dadores) e 3 casos de anti-VHC (1,8 rastreios positivos por 100 000 dadores) em dadores habituais (Figura 3 e Tabela 4), 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 se tratarem de números relativamente reduzidos, importa assinalar o aumento observado em 2025 face a 2024. Deve enfatizar-se a importância de uma anamnese clínica detalhada no seguimento de utentes que já realizaram, pelo menos uma vez, o rastreio das hepatites virais, de modo a identificar comportamentos de risco persistentes e a justificar a repetição dos testes quando necessário. A reavaliação deverá ponderar o contexto epidemiológico e sinais laboratoriais sugestivos de atividade hepática (por exemplo, elevações de ALT ou AST), que podem orientar a necessidade de investigação adicional e diagnóstico diferencial.



Fonte: IPST

Figura 3. Incidência de hepatites virais por 100 000 dadores de sangue habituais, 2017-2025

Tabela 4. Total de dadores VHB+ e VHC+, por ano (2017-2025) e por dadores de 1ª vez e dadores habituais

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Total de dadores VHB+	**30**	**16**	**15**	**21**	**6**	**11**	**24**	**15**	**32**
Total de dadores 1ª vez VHB+	28	14	13	20	6	11	21	14	28
Total de Dadores habituais VHB+	2	2	2	1	0	0	3	1	4
Total de dadores VHC+	**22**	**9**	**15**	**14**	**18**	**14**	**16**	**23**	**21**
Total de dadores 1ª vez VHC+	21	6	13	12	16	14	13	21	18
Total de Dadores habituais VHC+	1	3	2	2	2	0	3	2	3
Total de dadores	**211 033**	**203 177**	**200 556**	**188 601**	**204 088**	**203 287**	**205 354**	**200 963**	**195 071**
Total de dadores 1ª vez	25 824	24 646	24 987	27 034	34 537	32 930	32 739	31 726	31 332
Total de dadores habituais	185 209	178 531	175 569	161 567	169 551	170 357	172 615	169 237	163 739

Fonte: IPST

6. Dadores de órgãos

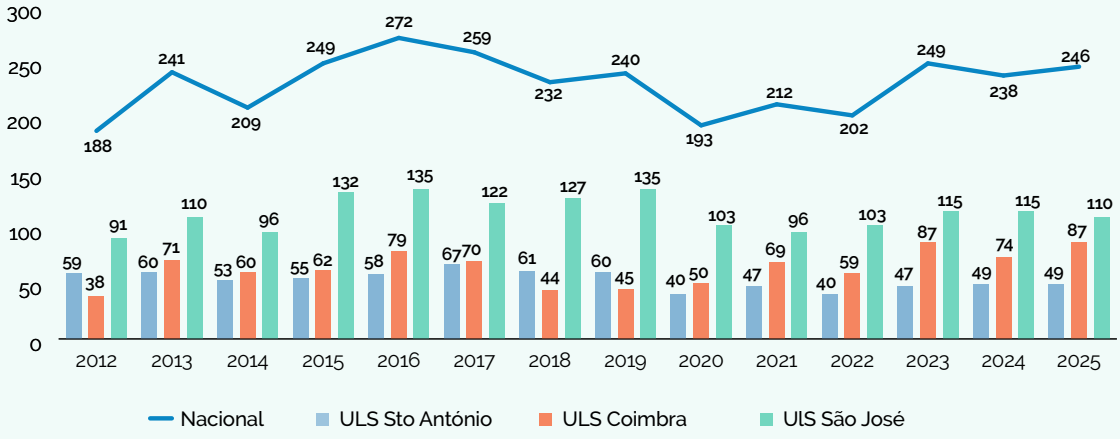
O IPST também faz vigilância dos órgãos sólidos utilizados em dádivas de órgãos. Desde 2017 que a incidência de VHB por 100 dadores de órgãos tem sido de zero. Para a hepatite C, o valor máximo registado foi em 2020, correspondendo a uma incidência de 1,6 casos de VHC por 100 dadores de órgãos sólidos, num total de 6 casos detetados em dadores de órgãos. No ano de 2025, à semelhança do verificado em 2024, registou-se uma incidência de zero casos de VHC e zero casos de VHB entre dadores de órgãos sólidos (Tabela 5).

Tabela 5. **Número de casos de hepatites B e C no universo dos dadores de órgãos, 2017-2025**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Total de dadores VHB+	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Rim	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fígado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pulmão	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de dadores VHC+	**0**	**1**	**4**	**6**	**2**	**1**	**3**	**0**	**0**
Rim	0	1	3	4	2	0	2	0	0
Fígado	0	0	1	2	0	1	1	0	0
Pulmão	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de dadores	**361**	**344**	**347**	**253**	**302**	**318**	**375**	**374**	**370**
Incidência VHB+/100 dadores	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Incidência VHC+/100 dadores	**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 2025 valores compatíveis com os valores pré-pandémicos (Figura 4). Os três centros especializados em transplante hepático estão inseridos na ULS de Santo António, na ULS de Coimbra e na ULS de São José.



Fonte: IPST

Figura 4. **Número de transplantes hepáticos por ano, 2012-2025**

No universo dos transplantes hepáticos, alguns casos estavam associados a hepatite B ou hepatite C crónicas. Entre estes, predominaram os casos relacionados com hepatite C, observando-se uma diminuição da incidência de pessoas com infeção por VHC submetidas a transplante hepático por 100 transplantes de fígado, de 16,8 em 2018 para 9,3 em 2025, correspondendo, respetivamente, a 39 e 23 casos. No que diz respeito às pessoas com infeção por VHB, o valor máximo registado ocorreu em 2018, com 7,3 casos por 100 transplantes de fígado, equivalente a 17 casos. Em 2025, foram transplantadas 8 pessoas com hepatite B crónica, o que correspondeu a 3,3 casos por 100 transplantes hepáticos. Regista-se ainda a elevada proporção de transplantes realizados por carcinoma hepatocelular (38%), correspondente a 94 doentes transplantados por este motivo. (Tabela 6)

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 transplantadas 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 transplantes ligados ao CHC, que se tornou uma das indicações mais frequentes para este procedimento (32 em 2018, 54 em 2024 e 94 em 2025, os únicos anos com dados disponíveis) Este fenómeno pode ser atribuído à maior eficácia na gestão de outros fatores de risco, como a terapêutica antivírica 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. Por outro lado, a abordagem da cirrose hepática tem melhorado em múltiplos aspetos (encefalopatia, controlo das varizes esofágicas, identificação precoce de infeções graves, rastreio periódico por ecografia abdominal a cada 6 meses, etc.)

É de salientar o sistema de doação de órgãos em 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 6. **Número de casos de hepatite B e C transplantados no universo de transplantados do fígado, 2017-2025**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos de Hepatite B Transplantados	ND	17	7	11	8	6	8	6	8
Casos de Hepatite C Transplantados	ND	39	39	21	24	21	27	18	23
Total de transplantados (Fígado)	**259**	**232**	**240**	**193**	**212**	**202**	**249**	**238**	**246**
Carcinomas hepatocelulares	**ND**	**32**	**ND**	**ND**	**ND**	**ND**	**ND**	**54**	**94**
Incidência VHB+/100 transplantados	**ND**	**7,3**	**2,9**	**5,7**	**3,8**	**3**	**3,2**	**2,5**	**3,3**
Incidência VHC+/100 transplantados	**ND**	**16,8**	**16,3**	**10,9**	**11,3**	**10,4**	**10,8**	**7,5**	**9,3**

Fonte: IPST

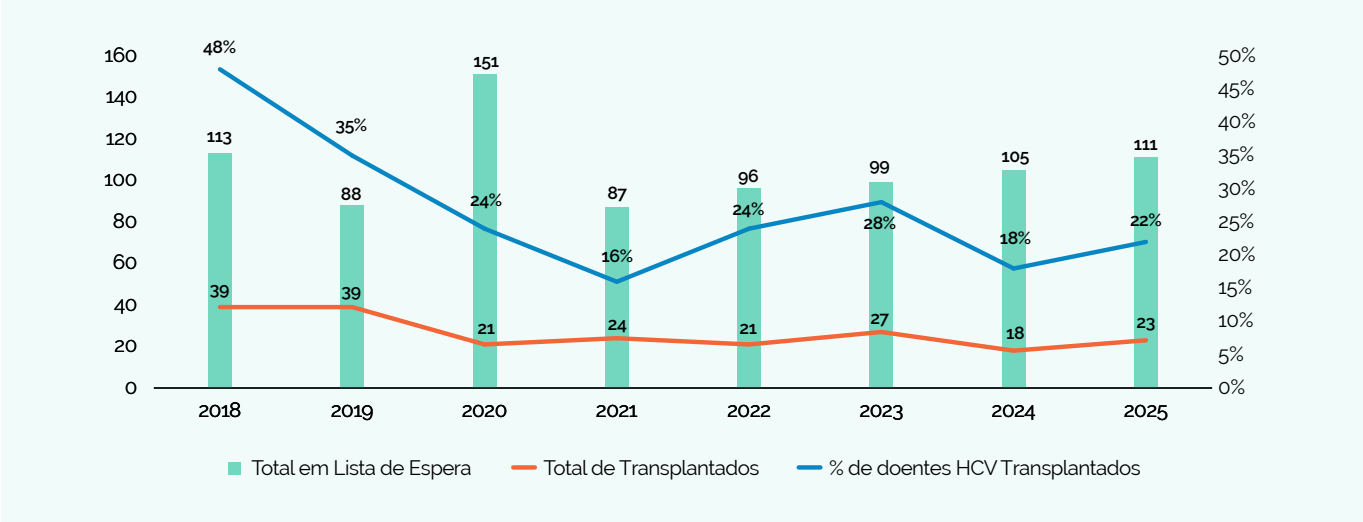
De acordo com os dados do IPST, entre 2018 e 2025, observou-se uma variação no número de doentes com infeção pelo vírus da hepatite C em lista de espera para transplante hepático, com valores entre 87 e 151 doentes. O número anual de transplantados apresentou uma tendência global de diminuição face aos primeiros anos analisados, passando de 39 transplantes em 2018 e 2019 para valores mais baixos nos anos subsequentes, com ligeiras oscilações.

A proporção de pessoas transplantadas a partir da lista de espera também evidenciou uma redução ao longo do período, descendo de 48% em 2018 para valores entre 16% e 28% nos anos seguintes, situando-se em 22% em 2025 (Figura 5).

Este padrão é consistente com a evolução descrita a nível europeu. Segundo o ECDC, a infeção por VHC mantém um impacto relevante na carga de doença hepática na União Europeia (UE), apesar dos avanços terapêuticos, com cerca de 1,8 milhões de pessoas afetadas e necessidade contínua de monitorização e ligação aos cuidados para prevenir complicações como cirrose e CHC[17].

À semelhança do observado em Espanha, onde estudos demonstram uma redução da pressão sobre a lista de espera para transplante hepático associada à introdução dos Antivirais de Ação Direta (AAD), os dados sugerem uma diminuição relativa da necessidade de transplante e da proporção de doentes transplantados, ainda que com flutuações anuais[15]. Todos os doentes com Fibrose Intensa (F3) e Cirrose (F4) devem manter-se em consulta de rastreio a cada 6 meses por ecografia abdominal e doseamento de alfa-fetoproteína.

Importa, contudo, salientar limitações na interpretação destes resultados, nomeadamente a ausência de informação estruturada que permita relacionar diretamente a infeção por VHC com a progressão para CHC em pessoas em lista de espera, o que condiciona a análise da evolução clínica e dos determinantes do transplante, devido à ausência de registos estruturados que permitam estabelecer essa relação causal.



Fonte: IPST

Figura 5. Lista de Espera, Transplantes Realizados e Percentagem de Transplantação, 2018–2025

7. Pessoas que utilizam drogas

De acordo com os dados disponibilizados pelo Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. (ICAD) em 2025 encontravam-se registados no sistema de registo clínico eletrónico único e de utilização universal (SIM – Sistema de Informação Multidisciplinar), 44 993 utentes ativos distintos nas estruturas de tratamento de pessoas com comportamentos aditivos.

Destes, 6 635 foram testados para marcadores de hepatite B, em 2024, dos quais 2 107 apresentavam marcadores positivos (12 para anti-HBe, 1 832 para anti-HBs, 5 para AgHBe e 57 para AgHBs) e 6 837 testados para VHC, dos quais 1 229 com resultados positivos para Anti-VHC.

De acordo com o Relatório Anual 2024 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências[16] do ICAD, a hepatite C apresenta uma prevalência significativamente superior à hepatite B entre utilizadores de drogas injetáveis, variando entre 11% e 86%, enquanto a hepatite B se situa entre 4% e 9%, evidenciando uma maior carga epidemiológica da infeção por VHC neste grupo. Não obstante, mantém-se a tendência positiva de descida das prevalências de VHC+ nas pessoas que utilizam drogas injetáveis (PUDI) em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas.

Em 2024, as taxas de cobertura dos rastreios de VHC situaram-se entre 28% e 90% no total dos utentes em tratamento, sendo estas taxas, de um modo geral, superiores nos subgrupos de PUDI (30% e 94%). A prevalência de VHC+ variou entre os 3% e os 52% nos diferentes grupos de utentes, sendo muito superiores nos subgrupos de PUDI (entre 11% e 86%). A proporção de novas infeções nos utentes em ambulatório foi de 27%, sendo de 64% no subgrupo de PUDI. Entre os que iniciaram tratamento em ambulatório em 2024, as proporções variaram entre os 3% (novos utentes) e os 19% (utentes readmitidos), e nos respetivos subgrupos de PUDI entre os 11% e os 60% (Tabela 7).

Tabela 7. **Cobertura dos rastreios, prevalência de anti-VHC+ e novas infeções por VHC em utentes em tratamento, 2024**

	HEPATITE C					
	TOTAL UTENTES			PESSOAS QUE UTILIZAM DROGAS INJETADAS		
Estrutura / Rede	Cobertura	Prevalências (VHC+)	Novas Infeções[a)] (VHC+)	Cobertura	Prevalências (VHC+)	Novas Infeções[a)] (VHC+)
Ambulatório / Rede Pública						
Utentes em Tratamento no Ano[b)]	73%	52%	27%	83%	86%	64%
Novos Utentes[c)]	28%	3%	3%	30%	11%	11%
Utentes Readmitidos	61%	34%	19%	73%	77%	60%
Unidades de Desabituação						
Rede Pública / Licenciada	90%	45%	_	89%	84%	_
Comunidades Terapêuticas						
Rede Pública / Licenciada[d)]	79%	33%	_	94%	77%	_

Fonte: ICAD

No referido ano, as taxas de cobertura dos rastreios do VHB variaram entre os 12% (novos utentes do total dos utentes e os 91% em PUDI das Unidades de Desabituação e Comunidades Terapêuticas. As prevalências de AgHBs+ variaram entre 1% e 5% nos diferentes grupos de utentes, sendo ligeiramente superior nos subgrupos de PUDI (entre 4% e 9%). 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 injetores entre os 0% e os 2% (Tabela 8).

Tabela 8. **Cobertura dos rastreios, prevalência de AgHBs+ e novas infeções por VHB em utentes em tratamento, 2024**

	HEPATITE B					
	TOTAL UTENTES			PESSOAS QUE UTILIZAM DROGAS INJETADAS		
Estrutura / Rede	Cobertura	Prevalências (AgHBs+)	Novas Infeções (AgHBs+)	Cobertura	Prevalências (AgHBs+)	Novas Infeções (AgHBs+)
Ambulatório / Rede Pública						
Utentes em Tratamento no Ano[b)]	65%	4%	1%	78%	6%	2%
Novos Utentes[c)]	12%	1%	1%	13%	6%	6%
Utentes Readmitidos	45%	3%	0%	64%	5%	0%
Unidades de Desabituação						
Rede Pública / Licenciada	91%	5%	_	91%	9%	_
Comunidades Terapêuticas						
Rede Pública / Licenciada[d)]	52%	3%	_	91%	4%	_

Fonte: ICAD

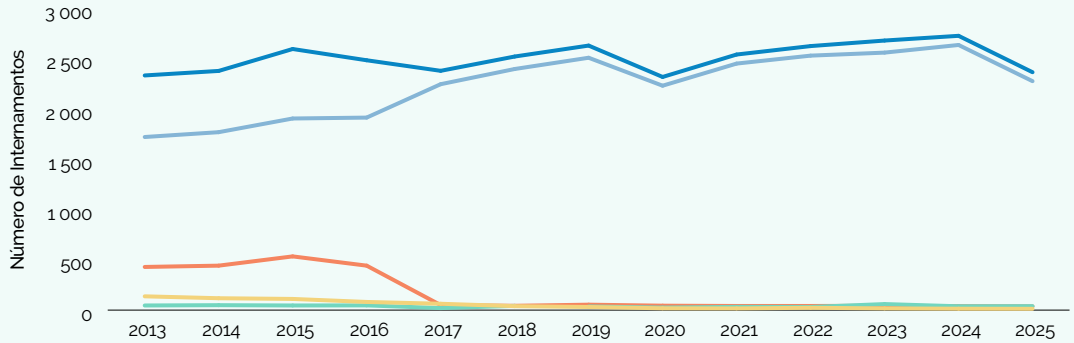
De um modo geral, a prevalência e incidência de AgHBs+ não têm apresentado variações relevantes que indiquem alterações de tendências nos últimos anos.

8. Internamentos

À semelhança do ano anterior, apresentam-se os dados relativos a internamentos associados a hepatites virais e outras doenças do fígado. Os dados foram disponibilizados pela plataforma BI para a Morbilidade Hospitalar (BIMH), e são relativos a episódios codificados pelos hospitais (em ICD9 CM ou ICD10 M/PCS). Os números apresentados relativos ao ano 2025 poderão não corresponder, em absoluto, à realidade, uma vez que a codificação desses episódios pode ainda não estar concluída. Chama-se a atenção de que alguns doentes podem ter múltiplos internamentos por doença hepática crónica avançada descompensada ou outros motivos, não sendo 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.

Apesar da diminuição expressiva no número de internamentos em que as hepatites B e C crónicas se encontram codificadas como diagnóstico principal na última década (Figuras 6 e 7), o número de internamentos com diagnóstico secundário de hepatite B crónica manteve uma tendência crescente desde 2013, atingindo o máximo no ano de 2023 com 2 716 internamentos. Apesar da ligeira diminuição verificada em 2024, justifica-se manter a monitorização destes números e considerar a eventual influência dos fenómenos migratórios de pessoas provenientes de países com endemicidade para a hepatite B superior à de Portugal.

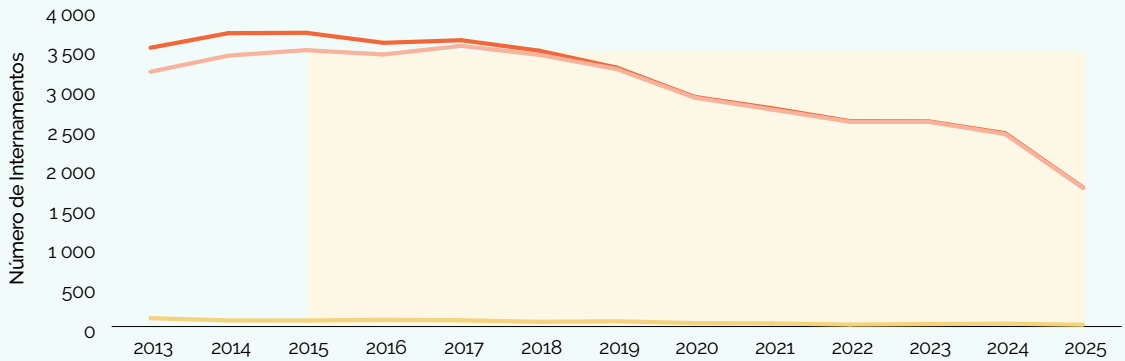
Destaca-se a diminuição de 34% no número de internamentos com o diagnóstico principal ou secundário de hepatite C crónica a partir de 2015, traduzindo uma redução efetiva da carga da doença no nosso país desde a introdução dos AAD e respetivas estratégias implementadas.



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Diagnóstico principal (hepatite B crónica)	137	118	111	81	63	39	31	18	17	23	17	14	13
Diagnóstico secundário (hepatite B crónica)	1 721	1 769	1 905	1 914	2 246	2 473	2 601	2 297	2 545	2 638	2 716	2 636	2 276
Diagnóstico principal (hepatite B aguda)	46	49	46	47	20	42	36	25	32	31	61	38	39
Diagnóstico secundário (hepatite B aguda)	434	446	540	445	50	44	55	45	43	43	44	39	37
Total de internamentos	2 338	2 382	2 602	2 487	2 459	2 598	2 723	2 385	2 637	2 735	2 838	2 727	2 365

Fonte: IPST

Figura 6. Número de internamentos por hepatite B em Portugal, 2013-2025



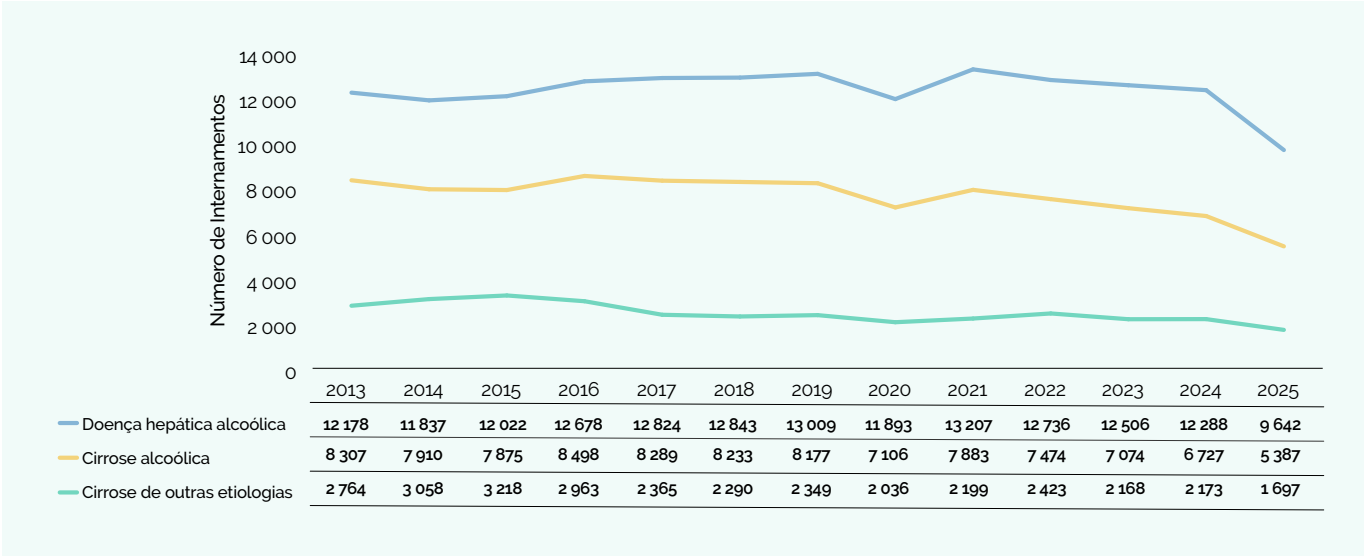
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Diagnóstico principal	106	77	76	85	79	60	67	43	39	25	31	36	23
Diagnóstico secundário	3 216	3 419	3 489	3 434	3 543	3 430	3 250	2 890	2 739	2 585	2 587	2 429	1 751
Total de internamentos	3 519	3 703	3 708	3 581	3 614	3 482	3 268	2 899	2 755	2 593	2 592	2 440	1 755

Fonte: BIMH da SPMS/ACSS

Figura 7. Número de internamentos por hepatite C crónica em Portugal, 2013-2025

(a sombreado assinala-se o período desde a introdução dos AAD)

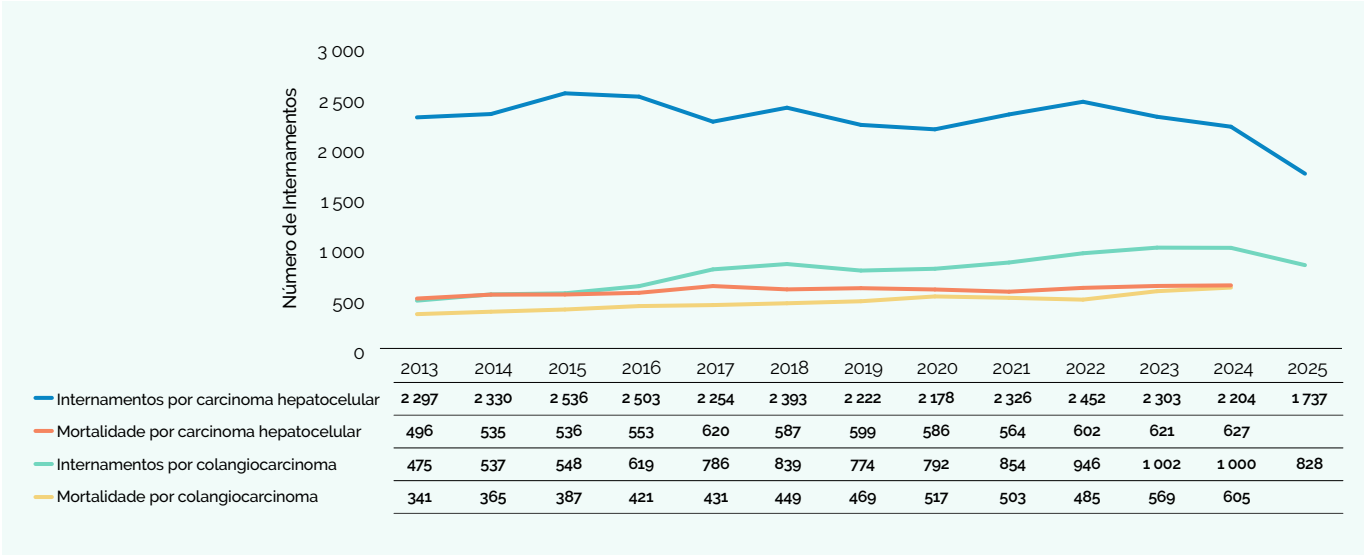
Apresentam-se nas Figuras 8 e 9, o número total de internamentos em Portugal por algumas das doenças hepáticas mais comuns entre 2013 e 2025. Durante este período verificou-se uma redução de 19% no número de internamentos por cirrose hepática alcoólica e de 22% nos internamentos por cirrose hepática de outras etiologias. Apesar da redução destes conhecidos fatores de risco, o número de internamentos por carcinoma hepatocelular manteve-se estável, chamando-se à atenção para o aumento da mortalidade associada a esta neoplasia maligna ao longo da última década. Destaque ainda para o aumento do número de internamentos e mortalidade associada ao colangiocarcinoma intra-hepático, com uma duplicação do número de casos desde 2013 e igualando já a associada ao carcinoma hepatocelular. Tais dados, apesar de semelhantes ao verificado noutros países, não devem deixar de merecer a nossa atenção.



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Doença hepática alcoólica	12 178	11 837	12 022	12 678	12 824	12 843	13 009	11 893	13 207	12 736	12 506	12 288	9 642
Cirrose alcoólica	8 307	7 910	7 875	8 498	8 289	8 233	8 177	7 106	7 883	7 474	7 074	6 727	5 387
Cirrose de outras etiologias	2 764	3 058	3 218	2 963	2 365	2 290	2 349	2 036	2 199	2 423	2 168	2 173	1 697

Fonte: BIMH da SPMS/ACSS

Figura 8. Número total de internamentos por algumas doenças hepáticas mais comuns em Portugal, 2013-2025



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Internamentos por carcinoma hepatocelular	2 297	2 330	2 536	2 503	2 254	2 393	2 222	2 178	2 326	2 452	2 303	2 204	1 737
Mortalidade por carcinoma hepatocelular	496	535	536	553	620	587	599	586	564	602	621	627	
Internamentos por colangiocarcinoma	475	537	548	619	786	839	774	792	854	946	1 002	1 000	828
Mortalidade por colangiocarcinoma	341	365	387	421	431	449	469	517	503	485	569	605	

Fonte: BIMH da SPMS/ACSS

Figura 9. Número de internamentos totais e mortalidade por carcinoma hepatocelular e colangiocarcinoma intra-hepático em Portugal, 2013-2025

9. Mortalidade

A avaliação da mortalidade por doença hepática apresenta algumas dificuldades metodológicas, decorrentes do facto de, em determinadas situações, coexistirem duas ou mais causas possíveis de morte, como cirrose hepática, hepatite C ou carcinoma hepatocelular. A doença hepática crónica tem um forte potencial oncogénico, em resultado de múltiplos fatores etiológicos e cofatores de progressão, incluindo as infeções crónicas pelos vírus das hepatites B e C, a cirrose hepática e a presença de comorbilidades, como o consumo nocivo de álcool e o excesso de peso.

Em 2024, de acordo com os dados disponibilizados pelo INE, morreram em Portugal 1 414 pessoas por neoplasias malignas do fígado e das vias biliares intra-hepáticas (das quais, 627 por carcinoma hepatocelular e 605 por colangiocarcinoma intra-hepático, os números mais elevados dos últimos oito anos), 873 pessoas por doenças crónicas do fígado e cirrose, 353 pessoas por neoplasia maligna da vesícula biliar, e 53 pessoas por hepatites virais (Figura 10).

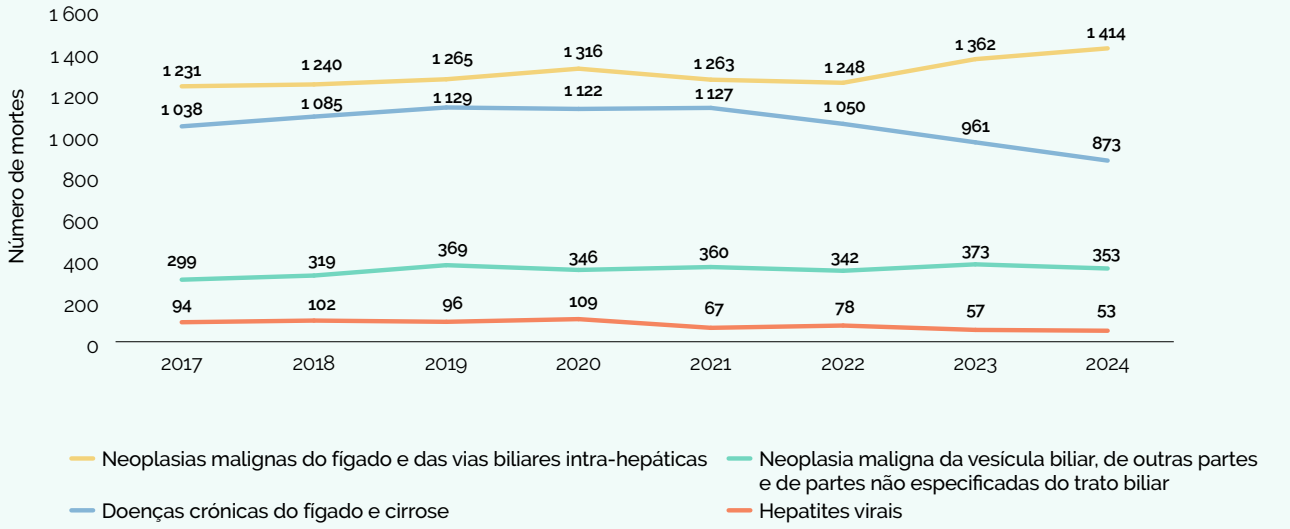
Observa-se tendência crescente na mortalidade por neoplasias malignas do fígado e das vias biliares. Este padrão poderá refletir, em parte, uma maior capacidade diagnóstica decorrente da implementação de programas de rastreio de carcinoma hepatocelular em doentes com cirrose ou hepatite viral. Contudo, não pode dissociar-se do aumento da prevalência de outros cofatores de risco, nomeadamente a obesidade e a doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica (*metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*) bem como aumento da esperança média de vida no doente com cirrose hepática. O aumento dos principais tumores malignos hepatobiliares está alinhado com os dados internacionais [17, 18, 19].

Merece igualmente destaque o impacto na mortalidade associada ao consumo de álcool, substância responsável por dano hepático direto e evitável, ainda a primeira causa de cirrose hepática em Portugal. Em 2024, registaram-se 505 óbitos por doença hepática alcoólica, valor que representa mais de 55% da mortalidade total por doenças crónicas do fígado e cirrose. Ainda assim, este valor tem registado uma tendência decrescente consistente ao longo dos últimos anos.

De forma mais abrangente, a mortalidade por doenças crónicas do fígado e cirrose, bem como por hepatites virais, tem diminuído progressivamente, tendência possivelmente explicada por uma capacidade crescente de prevenção nas etiologias evitáveis, designadamente as hepatites virais B e C e o consumo de álcool, limitando a progressão para fibrose avançada ou cirrose.

Outro fator poderá ser a melhoria da capacidade dos métodos de imagem, não apenas no diagnóstico, permitindo uma identificação mais precoce da doença, mas também na intervenção imagiológica, particularmente no contexto da cirrose hepática e da abordagem das suas complicações. Entre estas incluem-se a hemorragia digestiva por rotura de varizes esofágicas, a ascite e a encefalopatia hepática, bem como a otimização do uso de antibioterapia e o seguimento dos doentes com cirrose hepática em programa de vigilância semestral.

Não obstante estes resultados aparentemente favoráveis, importa não descurar os esforços de prevenção e tratamento, bem como o rastreio destas complicações na cirrose, particularmente porque uma proporção importante destas pode progredir para CHC (10-40% aos 10 anos).



Fonte: SICO-DGS, INE 2025
Nota 1: Quebra de série em 2023 | A partir de 2023 a Organização Mundial da Saúde atualizou as regras das doenças transmissíveis (Capítulo I – A00-B99, com exceção da SIDA/Doença por VIH).
Nota 2: Os valores poderão ser sujeitos a revisão e atualização, retrospetivamente.

Figura 10. Número de mortes por doenças hepáticas e das vias biliares, em Portugal, 2017-2024

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

A tabela 9 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por grupos selecionados de doenças hepáticas, das vias biliares e hepatites virais em Portugal entre 2017 e 2024. Observou-se uma tendência global crescente da taxa de mortalidade por neoplasias malignas do fígado e vias biliares intra-hepáticas, que aumentou de 11,91 para 13,22 óbitos por 100 000 habitantes. Por sua vez, a taxa de mortalidade por doenças crónicas do fígado e cirrose diminuiu progressivamente após 2021, atingindo 8,16 óbitos por 100 000 habitantes em 2024. As taxas relativas às neoplasias malignas da vesícula biliar e outras partes do trato biliar mantiveram-se globalmente estáveis ao longo do período, enquanto a taxa de mortalidade por hepatites virais permaneceu inferior a 1,1 óbito por 100 000 habitantes em todos os anos analisados, evidenciando uma tendência decrescente desde 2020.

Tabela 9. **Taxa de mortalidade por grupos selecionados de doenças hepáticas, das vias biliares e hepatites virais (óbitos por 100 000 habitantes), Portugal, 2017–2024**

ANO	NEOPLASIAS MALIGNAS DO FÍGADO E VIAS BILIARES INTRA-HEPÁTICAS	DOENÇAS CRÓNICAS DO FÍGADO E CIRROSE	NEOPLASIA MALIGNA DA VESÍCULA BILIAR, DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NÃO ESPECIFICADAS DO TRATO BILIAR	HEPATITES VIRAIS
2017	11,91	10,04	2,89	0,91
2018	12	10,5	3,09	0,99
2019	12,22	10,9	3,56	0,93
2020	12,67	10,8	3,33	1,05
2021	12,14	10,83	3,46	0,64
2022	11,92	10,03	3,27	0,75
2023	12,88	9,08	3,53	0,54
2024	13,22	8,16	3,3	0,5

Fonte: SICO-DGS, INE 2025
Nota metodológica:
As taxas de mortalidade foram calculadas utilizando como numerador o número anual de óbitos por causa básica de morte registados no SICO e como denominador a população média residente em Portugal, sendo expressas por 100 000 habitantes. Para o cálculo da população média residente foram utilizadas as estimativas anuais da população residente definitivas, assentes nos recenseamentos da população anteriores.

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 2025, em resposta às hepatites virais, no que diz respeito à prevenção, literacia, diagnóstico, ligação aos cuidados de saúde e tratamento.

1. Prevenção

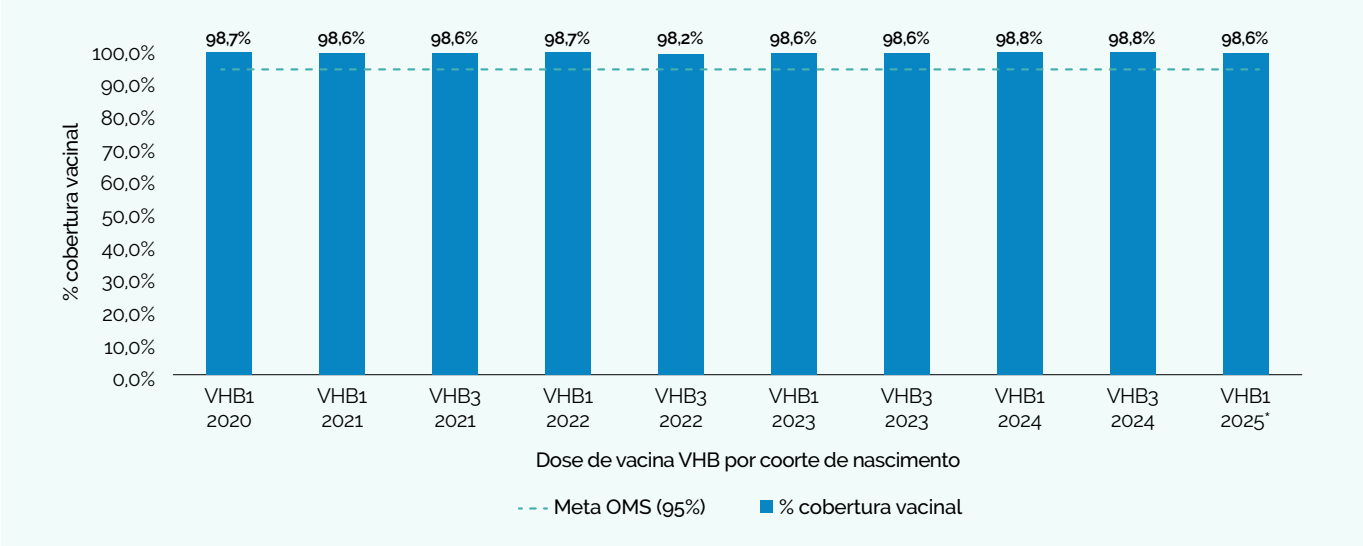
1.1. Vacinação

A vacinação constitui a principal medida de saúde pública para prevenir a infeção por vírus da hepatite A e B. Embora não exista vacina específica contra o vírus da hepatite Delta, a sua prevenção é possível através da vacinação contra a hepatite B. Efetivamente, a vacina contra o VHB é a primeira vacina com impacto na prevenção de doença oncológica (prevenção do cancro primitivo do fígado - CHC ou hepatoma) e evita a infeção pelo VHB e pelo VHD.

No caso das hepatites C e E, ainda não foi desenvolvida uma vacina eficaz na prevenção das mesmas. A vacinação contra a hepatite B é efetuada, de forma universal, a todas as crianças, no âmbito do Programa Nacional de Vacinação (PNV), num esquema de 3 doses: ao nascimento, aos 2 meses e aos 6 meses de idade. O PNV recomenda que o esquema seja iniciado antes dos 18 anos de idade, não existindo limite etário máximo para que seja completado. 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 com risco acrescido de infeção. As características das vacinas disponíveis em Portugal, bem como as recomendações nacionais de vacinação podem ser consultadas no Livro Azul de Vacinas.

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 últimos cinco anos, o país alcançou uma cobertura vacinal de 99% para a 1.ª dose e 98% para a 3.ª dose. Desde a introdução da vacina contra o VHB, Portugal tem cumprido a meta da OMS, que estabelece uma cobertura mínima de 95% com três doses da vacina em idade pediátrica.

As coberturas vacinais alcançadas em Portugal conferem elevada imunidade 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: Plataforma VACINAS, SPMS
Nota: À data da elaboração do relatório, não foi possível obter a avaliação da 3.ª dose de vacina contra a hepatite B dos nascidos em 2025.

Figura 11. Cobertura vacinal contra o VHB por idade/coorte de nascimento, em Portugal, 2020-2025

Em 2025, foram desenvolvidas diversas atividades relevantes no âmbito da vacinação contra a hepatite B. Destaca-se a publicação do Livro Azul de Vacinas: Programa Nacional de Vacinação e outras estratégias de imunização — adotado como referencial técnico nacional em matérias de vacinação e imunização pelo Despacho n.º 2794/2026, de 4 de março[20]. O capítulo dedicado à hepatite B foi atualizado em outubro de 2025, integrando as mais recentes evidências científicas e recomendações de vacinação ao longo do ciclo de vida.

Este documento constitui um referencial dinâmico e colaborativo, que permite acompanhar a evolução do conhecimento e das tecnologias de saúde, garantindo uma implementação ágil das estratégias de vacinação e imunização em Portugal.

No âmbito normativo, mantém-se em curso a revisão e atualização do articulado técnico-normativo relativo à vacinação contra a hepatite B, através de um Grupo de Trabalho específico criado para o efeito. A Comissão Técnica de Vacinação (CTV) acompanha ativamente este processo, com foco na orientação da estratégia vacinal para pessoas com fatores de risco, em articulação com as necessidades epidemiológicas e a melhor evidência disponível.

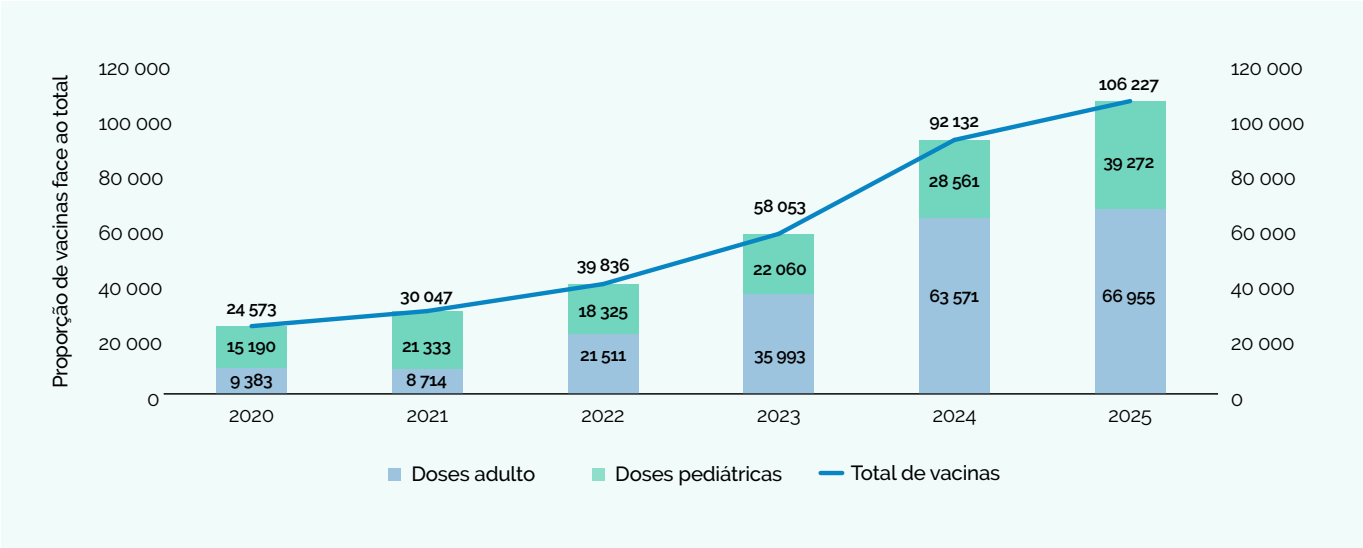
Persistem desafios na vacinação contra a hepatite B, particularmente em populações-chave e grupos vulneráveis, o que reforça a necessidade de estratégias dirigidas e de uma abordagem proativa e integrada por parte dos serviços de saúde.

A vacina contra a hepatite A não integra o PNV de forma universal, sendo recomendada a grupos com risco acrescido de exposição e doença grave. O contexto epidemiológico nacional sofreu alteração relevante a partir de 2024, com o registo de um aumento inesperado de casos de hepatite A em Portugal, associado a dois surtos distintos, o que poderá justificar o aumento do número de inoculações da vacina contra a hepatite A administradas em idade pediátrica e em adultos (Figura 12).

Em resposta a este cenário epidemiológico, a DGS atualizou o capítulo do Livro Azul de Vacinas dedicado à hepatite A e publicou a Norma N.º 007/2025, de 31 de julho de 2025[21], referente à Estratégia de Imunização contra a Hepatite A, posteriormente atualizada a 15 de outubro de 2025. Esta Norma, elaborada com base nas recomendações da CTV e nas diretrizes europeias, atualiza os esquemas vacinais recomendados em contexto de pré-exposição, pós-exposição e controlo de surtos, e define novos grupos elegíveis para vacinação, eliminando barreiras de acesso à vacinação.

Está recomendada a vacinação em contexto de pré e pós-exposição para pessoas em situação de risco de exposição. Está prevista a possibilidade de vacinação autoproposta, permitindo que pessoas que se considerem em risco, nos termos do disposto no Livro Azul de Vacinas e na Norma em vigor, contactem diretamente um ponto para agendamento da vacinação.

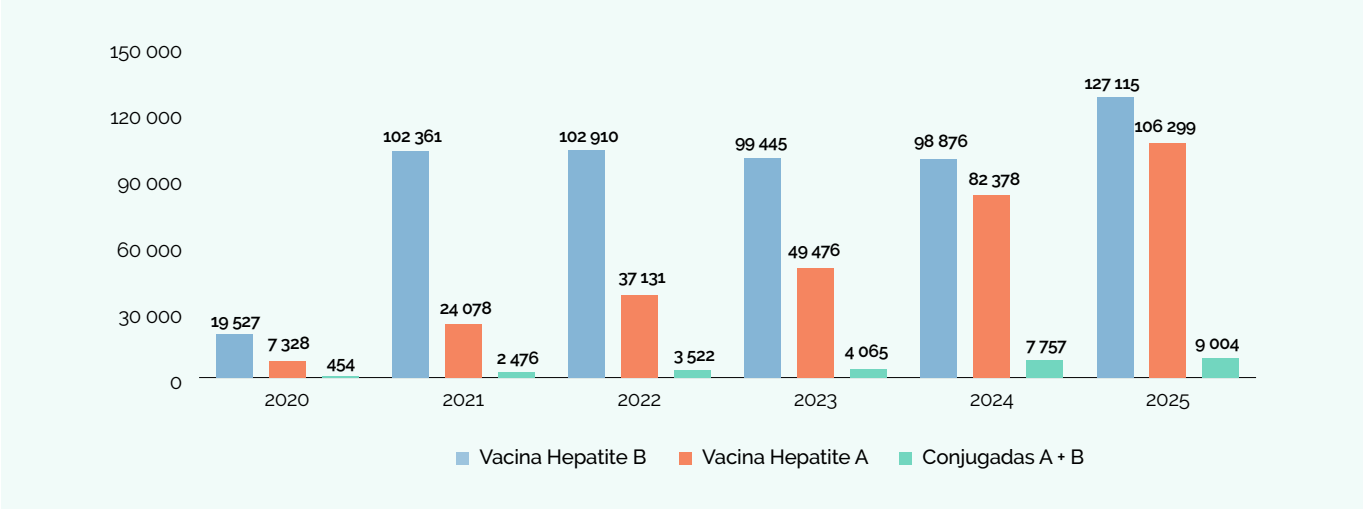
Em situações específicas, quando a vacina estiver indisponível ou contraindicada, pode ser ponderada a administração de Imunoglobulina humana normal (IgHN), mediante prescrição médica e consentimento informado. A vacinação pós-exposição deve ser administrada, preferencialmente, nos primeiros 14 dias após contacto com um caso confirmado de hepatite A. Em contexto de medicina do viajante, a vacinação mantém-se mediante prescrição médica individualizada e aquisição em farmácias comunitárias.



Fonte: Plataforma VACINAS, extração SPMS
Nota: 2024 - Quebra de série

Figura 12. Número de inoculações de vacina contra VHA por grupo (adulto ou pediatria), em Portugal Continental, 2020-2025

De acordo com a Plataforma VACINAS, em 2025 foram administradas aos utentes inscritos nas Unidades de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), 127 115 vacinas contra a Hepatite B, 106 299 vacinas contra a Hepatite A e 9 004 vacinas conjugadas contra a Hepatite A e B (Figuras 13) A administração destas vacinas tem registado ao longo dos últimos anos um crescimento sustentado, mais acentuado nos dois últimos anos sendo que em 2025 atingiu, relativamente ao ano anterior um aumento de 29% para a Vacina da Hepatite B e para a vacina da Hepatite A.



Fonte: Plataforma VACINAS, extração SPMS

Figura 13. Quantidade de vacinas contra a hepatite A, hepatite B, conjugadas A + B, administradas a utentes inscritos nas Unidades de Saúde, em 2025

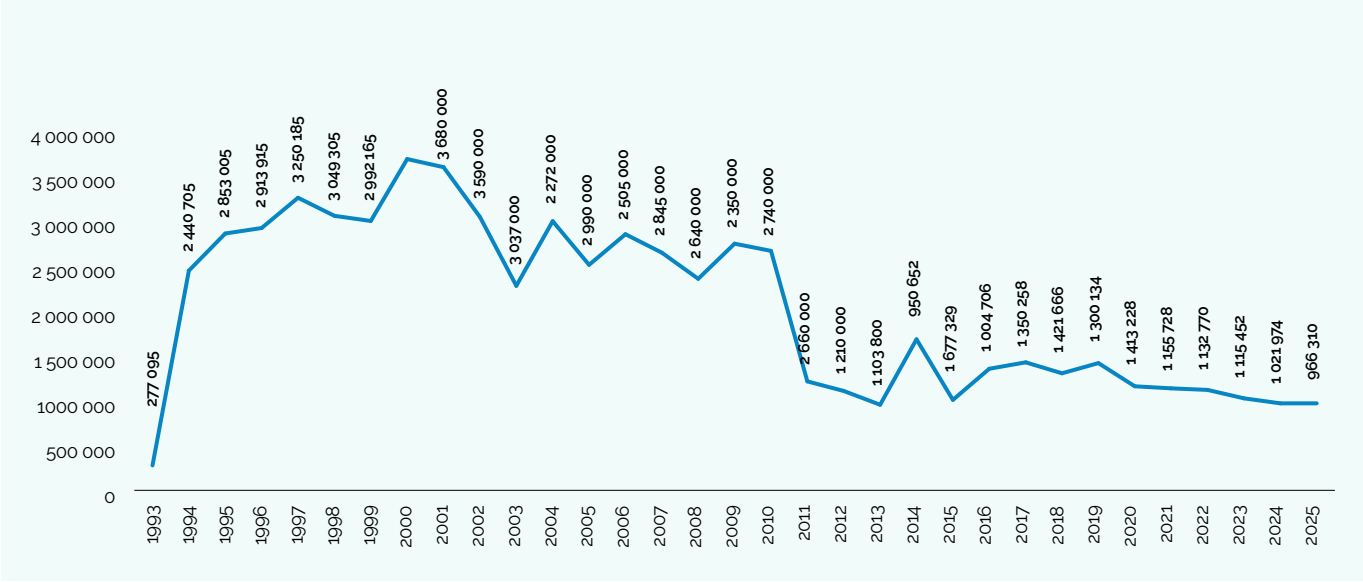
A DGS mantém o seu compromisso contínuo de articulação com as diversas entidades intervenientes, com destaque para os profissionais de saúde envolvidos na vacinação, de modo a reforçar, atualizar e aprimorar as políticas de vacinação contra as hepatites virais e eliminar as barreiras no acesso à vacinação, visando a proteção da população e a redução do impacto destas doenças no sistema de saúde. A monitorização permanente da situação epidemiológica, aliada à atualização sistemática das normas e ao reforço das parcerias com a sociedade civil, constitui um pilar essencial para alcançar os objetivos nacionais de eliminação das hepatites virais até 2030.

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. Desde a sua implementação em 1993 e até 31 de dezembro de 2025, o PTS distribuiu 66 875 692 seringas, numa média anual de 2 026 536 seringas, verificando-se, no entanto, uma tendência decrescente de seringas distribuídas desde 2010 (Figura 14). 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.

O Relatório Anual 2024 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências do ICAD refere indicadores sobre o consumo de drogas injetadas com reduções relevantes destas práticas, no último quinquénio face ao anterior. Em 2024, os consumos recentes de drogas injetadas variaram entre os 3% e 10% nos vários grupos de utentes em tratamento.

São ainda exemplo disso, os dados reportados no âmbito dos três programas de consumo assistido em que a proporção de PUDI ou de consumos por via injetável apresenta-se, em todos inferior (20%) à de utentes com consumo fumado/inalado (80%).

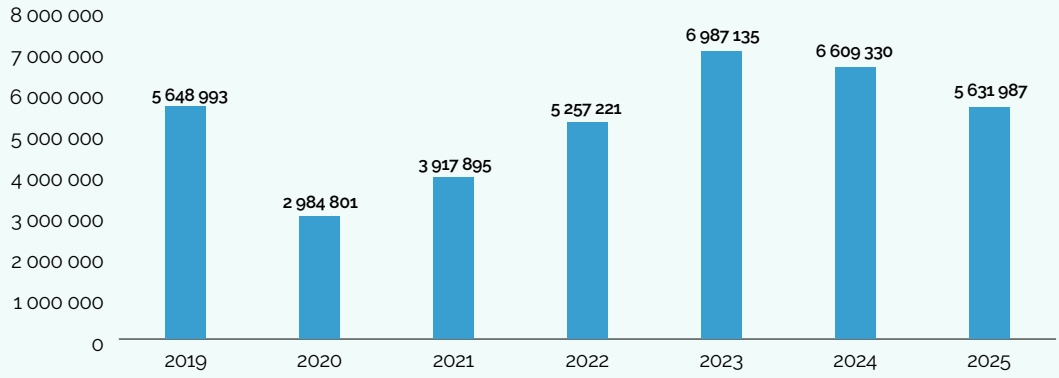


Fonte: Programa Troca de Seringas – DGS/SPMS

Figura 14. Número de seringas distribuídas por ano em Portugal, 1993–2025

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 2025, distribuíram-se cerca de 5 milhões e 600 mil preservativos externos (masculinos) e internos (femininos), verificando-se uma redução comparativamente a 2024, podendo ter contribuído para esta redução, o processo de extinção das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e consequente reorganização em ULS[22] (Figura 15).



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

Figura 15. Número de preservativos distribuídos, 2019-2025

2. Rastreio e Diagnóstico

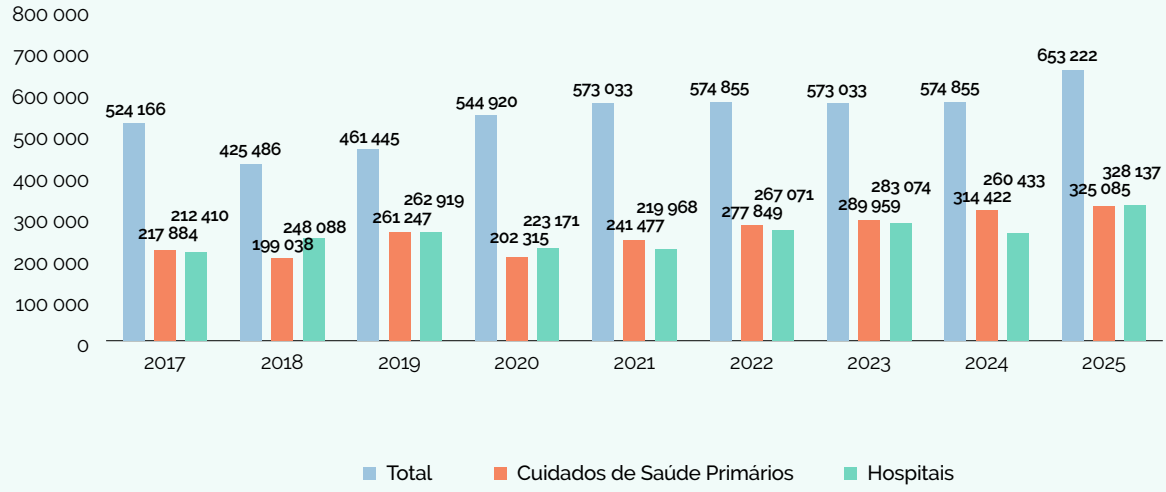
Sob o lema "Teste-se pelo menos uma vez na vida", o PNHV mantém o enfoque na promoção do rastreio e diagnóstico precoce, bem como a atempada ligação aos cuidados de saúde, com vista ao seguimento e tratamento das pessoas que vivem com hepatites virais.

O acesso ao teste em diferentes contextos de prestação de cuidados, como os CSP, hospitais, ONG/OBC e em farmácias comunitárias, assim como em laboratórios de patologia clínica/análises clínicas, é uma estratégia fundamental para a identificação precoce da infeção e, consequentemente, para a quebra de cadeias de transmissão.

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 com risco acrescido e grupos vulneráveis, bem como, no contexto da vigilância de saúde global das pessoas.

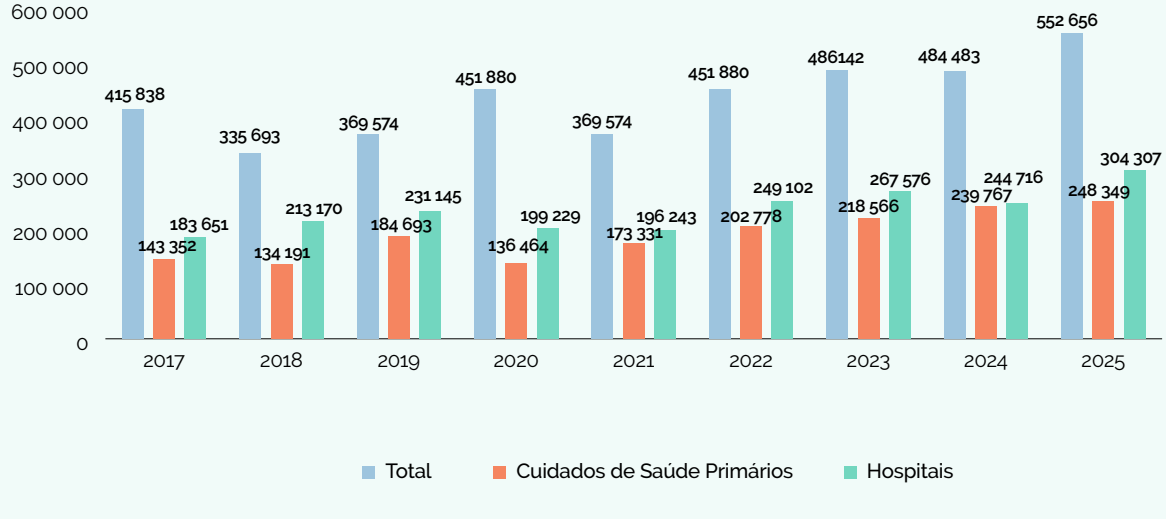
Ao nível dos CSP, os dados disponibilizados pela ACSS indicam que, em 2025, foram prescritos e realizados 325 085 testes de de pesquisa de AgHBs (Figura 16) e 248 349 testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC (Figura 17), valores superiores aos verificados em 2024 (+3,4% e +3,6%, respetivamente). No entanto, 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 16. Número de testes de pesquisa de AgHBs prescritos e realizados nos CSP e Hospitais, 2017-2025

Os dados extraídos do SONHO© informam que, em 2025, foram prescritos e realizados 328 137 testes de pesquisa de AgHBs (Figura 17) e 304 307 testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC (Figura 18), em contexto hospitalar, +26% e +24,3%, comparativamente a 2024, demonstrando um aumento significativo do número de testes realizados em contexto hospitalar.



Fonte: ACSS

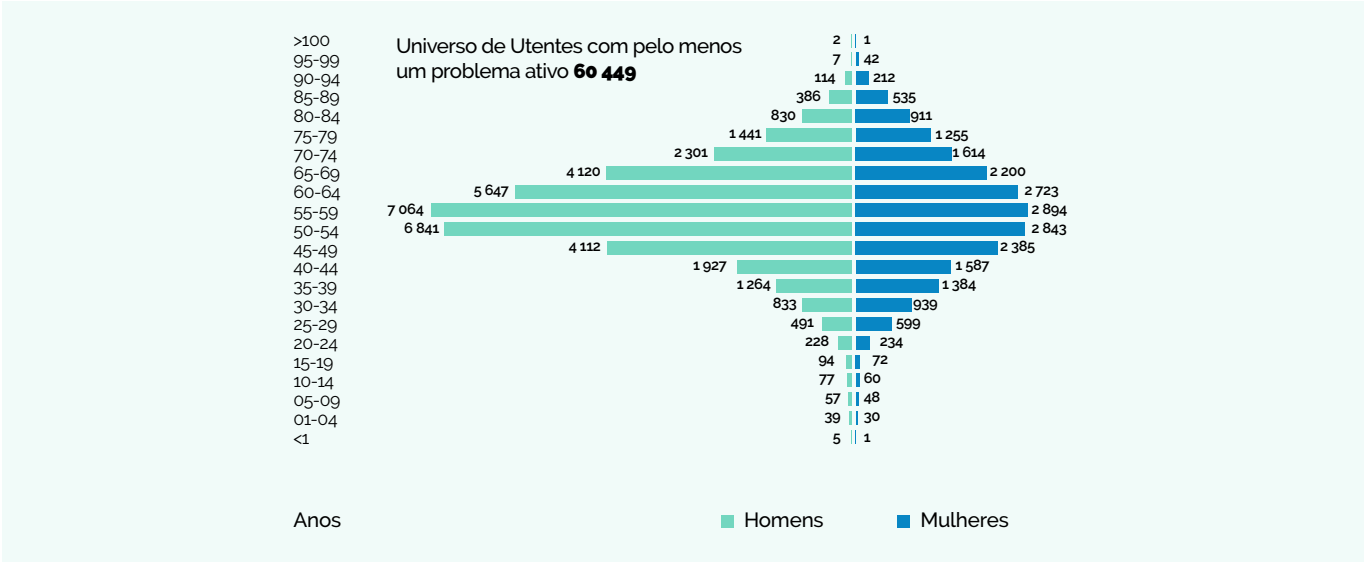
Figura 17. Número de testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC prescritos e realizados nos CSP e Hospitais, 2017-2025

2.2. Diagnóstico de problema de saúde nos Cuidados de Saúde Primários

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 – CSP[23].

De acordo com esta plataforma, tem-se constatado um crescimento sustentado do número de registos de hepatites virais (D072 - ICPC-2), desde 2021, verificando-se no ano de 2025 uma proporção de registo ativo de hepatites virais de 0,64% na população utilizadora dos CSP, correspondendo a 60 449 casos, o que, em relação a 2024, se traduziu em 2 817 novos casos[24].

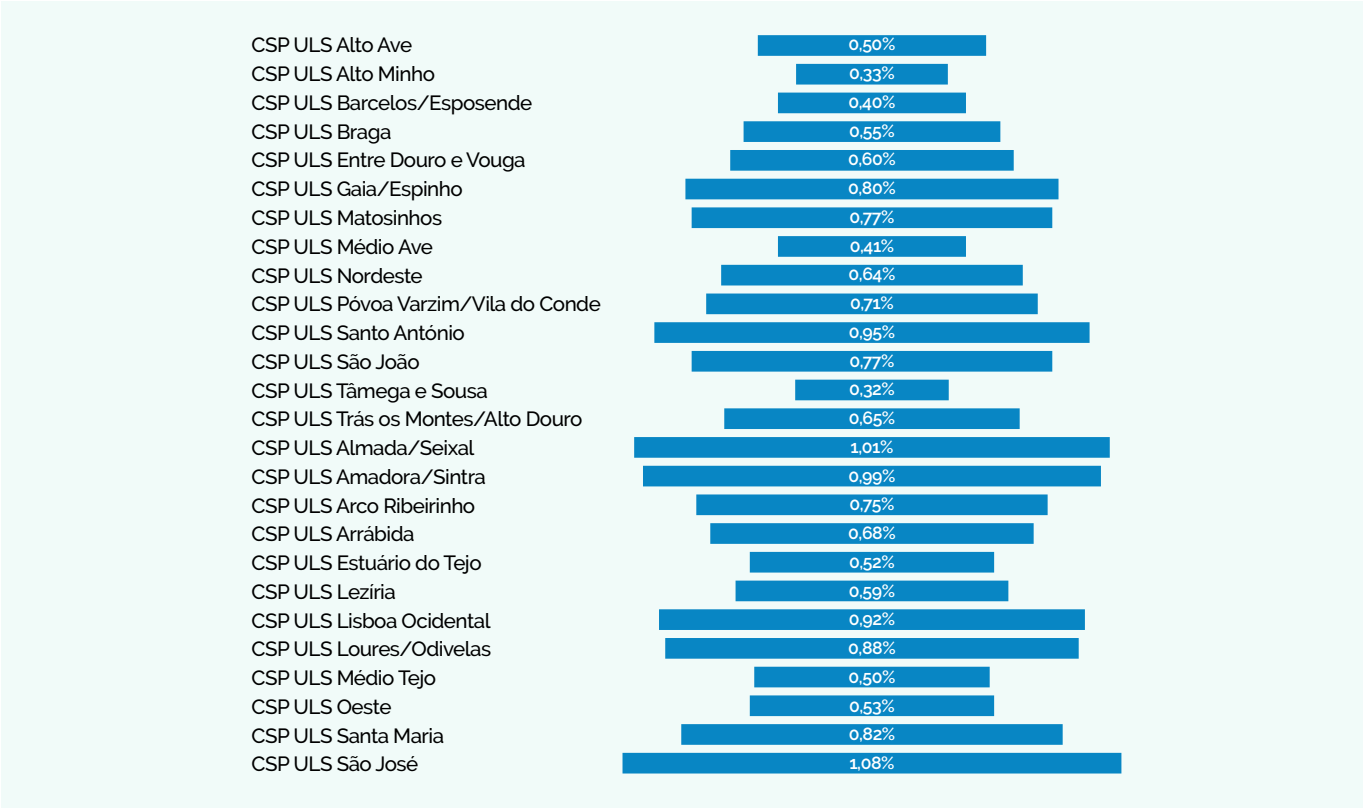
Encontram-se mais homens que mulheres com registo de hepatites virais como problema ativo, na sua maioria entre os 50 e os 74 anos (Figura 18). mantendo-se tal como no ano anterior, a região de Lisboa e Vale do Tejo, aquela com mais utentes com este problema ativo registado, seguida da região do Algarve.



Fonte: BI-CSP, dezembro 2025

Figura 18. Pirâmide etária de utilizadores dos CSP com registo de hepatites virais como problema ativo, 2025

Ao analisarmos os dados desagregados das 2 regiões com mais utentes com registo deste problema ativo, constatamos que a maior prevalência se verifica nas áreas correspondentes a ULS de grandes centros urbanos/ grandes cidades (Figura 19).



Fonte: BI-CSP, dezembro 2025

Figura 19. 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, 2025

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.

No registo e classificação deste problema de saúde é usada a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2)[25]. 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, devido à necessidade de duplo registo. 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 deve ser atualizada periodicamente pois a resolução desses problemas deverá levar à conversão dos mesmos para a lista de problemas passivos. A sua não execução poderá contribuir para uma falsa perceção de aumento do número de registos ativos de hepatite viral.

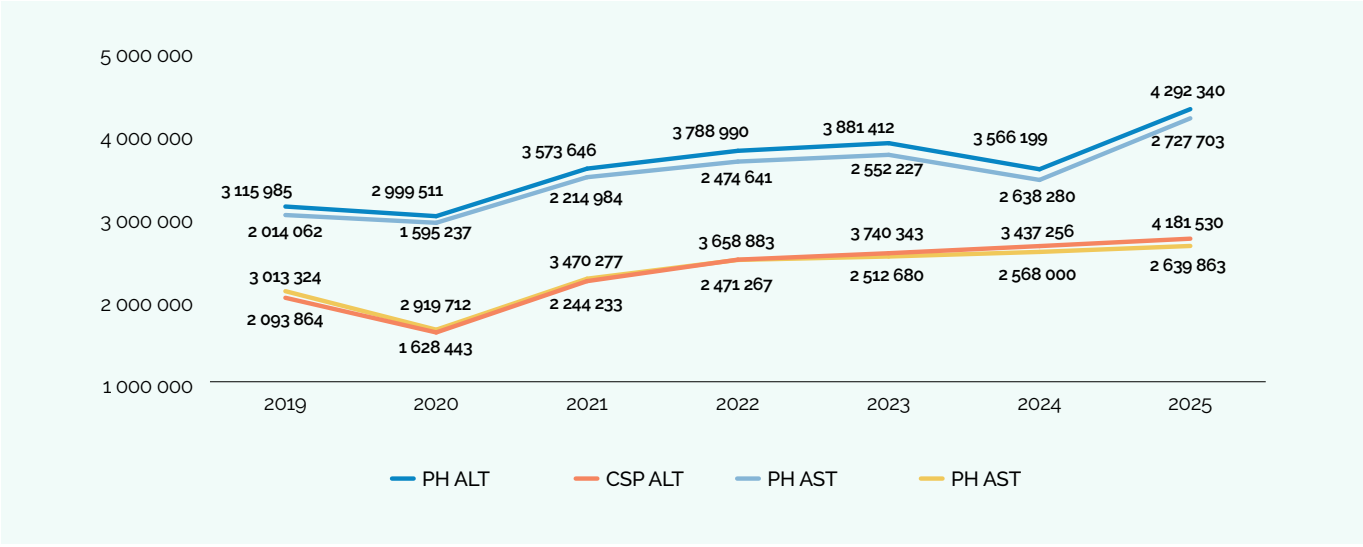
Outro aspeto a ter em conta é que nem todas estas classificações correspondem necessariamente a diagnósticos *de novo* e nem todos correspondem a diagnósticos confirmados laboratorialmente, apenas relatados pelos doentes a quem foi feito o diagnóstico noutro nível de cuidados de saúde, o que pode resultar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

O PNHV mantém o desígnio de promover a sensibilização dos profissionais de saúde para estas questões, designadamente, através do 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.

É necessário reforçar a literacia dos profissionais no sentido 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 será possível robustecer a qualidade dos dados disponíveis, quer no BI-CSP quer no SINAVE, aproximando o número de notificações de casos confirmados do número real de novos diagnósticos e obtendo, assim, uma estimativa mais próxima da verdadeira incidência e prevalência.

Os dados disponibilizados pela ACSS demonstram um aumento do número de prescrições de avaliações analíticas de AST e ALT quer a nível dos CSP quer a nível hospitalar (Produção Hospitalar-PH) desde 2019, (Figura 20), o que, indiretamente, poderá refletir uma atenção superior dos clínicos para a patologia hepática e para as hepatites virais. A inflexão verificada 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 observou-se um acréscimo marcado da prescrição destes testes a nível hospitalar contrariando o verificado em 2024. No que respeita aos CSP mantem-se o aumento sustentado da prescrição destes testes e perceciona-se, embora muito ligeiramente, um aumento da prescrição da avaliação da ALT relativamente à AST, nos três últimos anos, o que pode traduzir uma maior preocupação na prescrição racional de meios complementares de diagnóstico, para uma maior eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde.



Fonte: SDM/ACSS
(Nota: Os dados referentes à produção hospitalar apenas os da produção dos hospitais com SONHO.)

Figura 20. Prescrição de ALT e AST no SNS nos Cuidados Hospitalares e CSP, 2019-2025

2.3. Rastreio de Hepatites Virais na Região Autónoma da Madeira

De janeiro de 2020 a dezembro de 2024, o SESARAM manteve um programa de rastreio de hepatite C (no âmbito de parceria público-privada) dirigido a todos os utentes com idades compreendidas entre os 18 e 70 anos que colheram sangue numa das unidades públicas do SESARAM, que envolveu todos os centros de saúde e hospitais públicos da região que servem uma população alvo de 254 000 habitantes. Em 2024, o rastreio foi alargado para a hepatite B.

Apesar do rastreio organizado ter terminado em dezembro de 2024, o SESARAM realizou um total de 27 825 testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC e 27 587 testes de pesquisa de AgHBs no ano de 2025. Os CSP, que

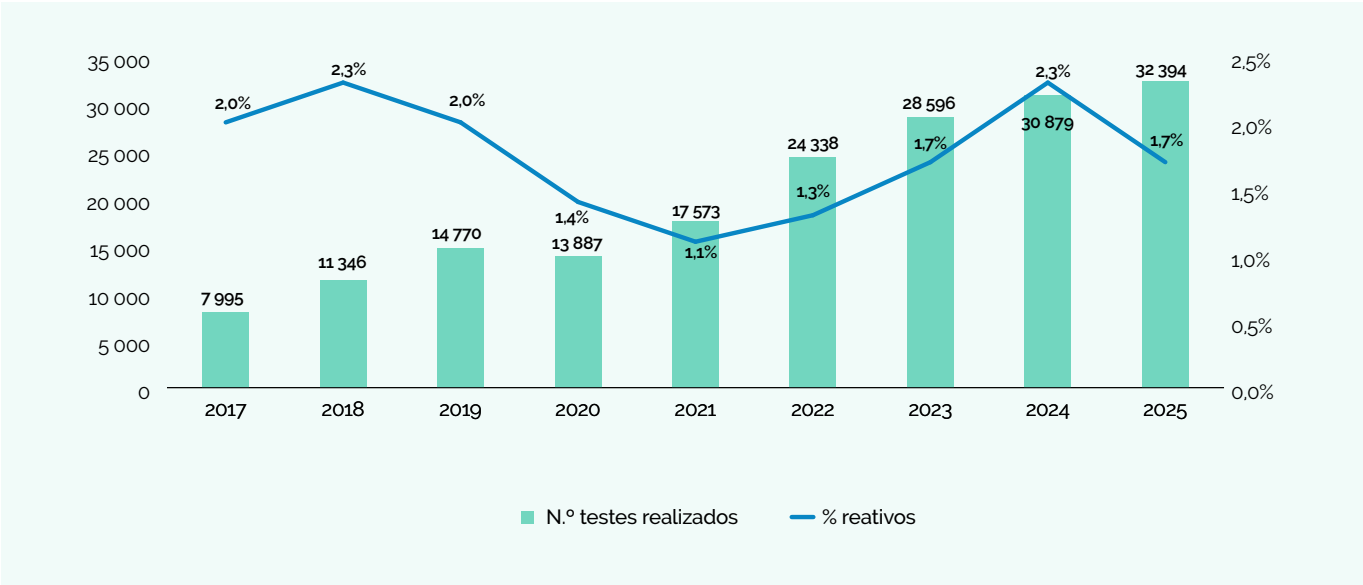
integram 47 centros de saúde, foram responsáveis por 16 707 testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC e 14 768 testes de pesquisa de AgHBs enquanto nos serviços hospitalares (3 hospitais) testaram-se 11 118 anti-VHC e 12 819 AgHBs. Destes testes, 92 revelaram-se positivos para carga viral de VHC (infeção crónica) e 620 positivos para AgHBs. Neste período, os serviços hospitalares de Gastroenterologia/Hepatologia e Doenças Infeciosas efetuaram o pedido de 54 novos tratamentos de antivirais de ação direta, o que perfaz um total de 1 006 tratamentos solicitados desde 2015.

2.4. 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.

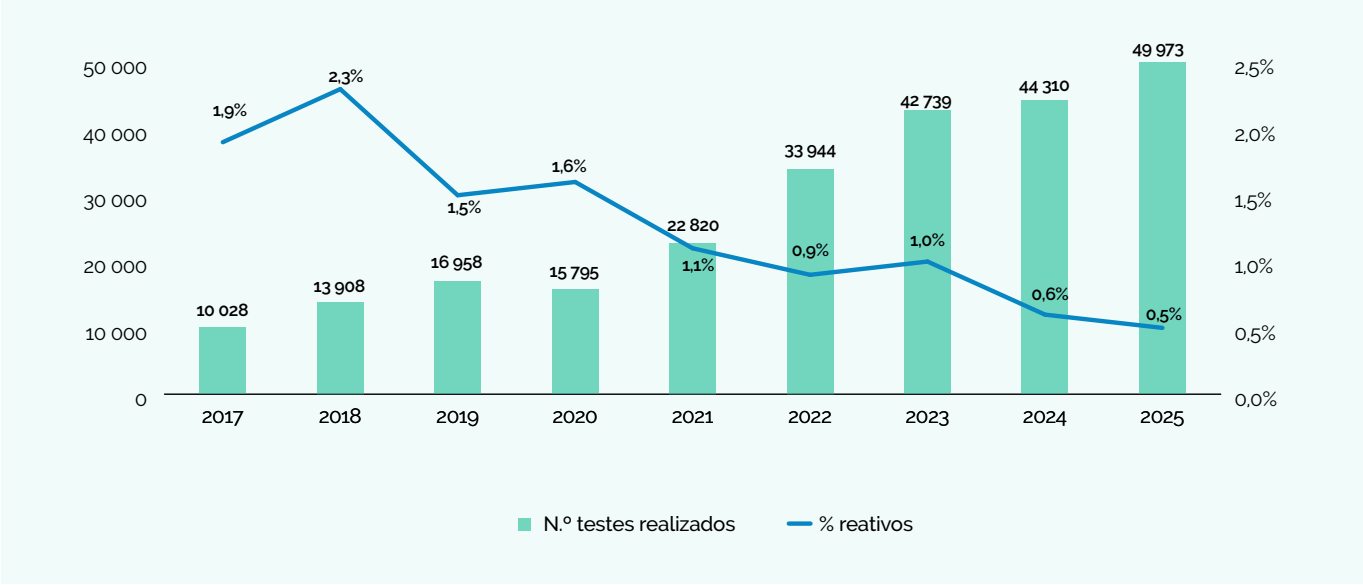
O apoio financeiro da DGS para o desenvolvimento de projetos nesta área, bem como o Acordo entre o Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), têm permitido disponibilizar o teste rápido, em diversos contextos e a diferentes populações chave, com tendência anual crescente do número de testes rápidos realizados. Em 2025, foram realizados 32 394 testes de pesquisa de AgHBs (Figura 21) e 49 973 testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC (Figura 22), com uma prevalência de 1,7% e de 0,5% de resultados reativos, respetivamente. Verificou-se assim um aumento do número de testes realizados de 5% e de 13%, respetivamente.

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 do número de testes realizados em contexto comunitário tem sido acompanhado de uma diminuição da proporção de resultados reativos entre 2018 e 2025, de 2,3% para 0,5%. Inversamente, a proporção de resultados reativos de AgHBs que vinha a diminuir desde 2018, registou valores tendencialmente crescentes, entre 2021 e 2024, contudo, em 2025, registou valores mais baixos.



Fonte: Direção-Geral da Saúde

Figura 21. Número de testes de pesquisa de AgHBs realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos, 2017–2025



Fonte: Direção-Geral da Saúde

Figura 22. Número de testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC realizados em contexto comunitário e proporção de resultados reativos, 2017–2025

2.5. 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 junho[26], 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 transmissíveis 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, consequentemente, à ligação das pessoas infetadas aos cuidados de saúde, garantindo assim o tratamento, através de consultas descentralizadas sob a responsabilidade das associações promotoras destes serviços e a cura, no caso da hepatite C.

2.5.1. 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 infeciosas 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 Gastrenterologia 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 2025, foram abrangidas 1 407 pessoas (mais 554 pessoas em relação ao último ano pessoas em programas de rastreio. Dessas, 78% são de nacionalidade portuguesa, 15% provenientes da Ásia e 5% da Europa de Leste, com uma média de idades de 45 anos, sendo as pessoas de nacionalidade portuguesa com uma média de 54 anos e as provenientes de outros países, de 36 anos. A maioria é do sexo masculino (88%), maioritariamente consumidores por via fumada (75%), sendo as substâncias mais consumidas a heroína e a cocaína/*crack*. O consumo por via injetável mantém tendência decrescente (25%), comparativamente ao último ano em que 34% das pessoas apoiadas referiam consumo por essa via.

Para os 1 407 utentes, foram realizados testes de pesquisa de AgHBs, com 3% de resultados reativos e, testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC com 46% de resultados reativos. Dos utentes com resultado reativo para anti-VHC (484), foi possível realizar o teste confirmatório por RNA viral dos quais 218 (45%) testaram positivos.

O serviço assegurou o acompanhamento e tratamento de 166 pessoas com infeção por VHC, desde a sua implementação.

Em 2025, foram distribuídos 11 043 preservativos, 33 504 kits de material assético e 55 376 seringas avulsas para consumo por via injetável, 781 cachimbos e 267 109 pratas.

2.5.2. 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 das 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 2025, o PCVM rastreou 124 pessoas, das quais 60 reportaram consumo de substâncias psicoativas. Foram realizados 6394 testes rápidos de pesquisa de AgHBs e 105 testes de pesquisa de anticorpo anti-VHC, com zero e 17 resultados reativos, respetivamente.

A população inscrita no PCVM rastreada, caracteriza-se por ser maioritariamente do sexo masculino (65%), com uma média de idades de 43 anos (dos 22 aos 73 anos). A via de consumo referida é maioritariamente fumada (53%).

No ano de 2025, foram distribuídos 492 preservativos, 15 cachimbos e 23 kits. No total, desde 2022, o PCVM distribuiu 35 927 seringas/agulhas avulsas, 10 767 kits do PTS, 4 488 cachimbos e 10 203 folhas de prata. 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 do mesmo.

2.5.3. 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 2025, o PCVMP registou 585 utentes rastreados (mais 104 comparativamente a 2024), dos quais, 80% do sexo masculino (470), maioritariamente na faixa etária dos 35 aos 49 anos (50%; n= 295), seguida da faixa etária dos 50 aos 64 anos (33%; n= 193) e na sua grande maioria de nacionalidade portuguesa (96%; n= 561). A maioria dos consumos ocorreram por via inalada (80%) e 20% por via injetada.

Foram realizados 779 testes de pesquisa de AgHBs, com uma proporção de 0,3 % de resultados reativos. Quanto à pesquisa de anticorpo anti-VHC, foram realizados 807 testes, com uma proporção de resultados reativos de 28,6%. Foram realizados 115 testes confirmatórios RNA VHC, dos quais 61 apresentaram virémia positiva. Do total de utentes rastreados, 49 encontram-se em tratamentos e 22 estão tratados.

Foram disponibilizadas 534 100 seringas, 975 cachimbos, 370 000 pratas e 26 950 preservativos.

3. Tratamento

3.1. Evolução do Tratamento da Hepatite C em Portugal – 2015 – 2025

A hepatite C constituiu, durante décadas, uma das principais causas de doença hepática crónica, cirrose, carcinoma hepatocelular e transplante hepático em Portugal.

Até ao início da última década, o tratamento da hepatite C baseava-se sobretudo na administração de interferão peguilado associado à ribavirina. Estas terapêuticas apresentavam várias limitações, como a sua duração prolongada – entre 24 a 48 semanas, a necessidade de administração injetável em muitos casos, taxas de sucessos relativamente limitadas (dependentes do genótipo) e efeitos secundários significativos (depressão, síndrome gripal, neutropenia, hipertiroidismo, etc.), com consequências importantes como tratamentos não concluídos ou a não obtenção de resposta virológica sustentada.

A partir de 2014, com o surgimento de AAD capazes de bloquear etapas específicas da replicação viral, o tratamento da hepatite C passou a ser possível num período mais curto (8 a 12 semanas), com elevadas taxas de cura e excelente perfil de segurança. As terapêuticas são pangenotípicas, permitindo tratar todos os genótipos do vírus com esquemas simplificados.

Em Portugal, o início do processo de adoção da utilização destes fármacos teve um momento decisivo em fevereiro de 2025, altura em que o Ministério da Saúde e o INFARMED estabeleceram uma nova política de financiamento para os AAD. Foi garantido a comparticipação integral pelo SNS e o acesso universal aos tratamentos inovadores a todas as pessoas diagnosticadas com hepatite C, colocando Portugal entre os primeiros países europeus a tratar todas as pessoas infetadas pelo vírus da hepatite C, independentemente do grau de fibrose ou da gravidade da doença.

Os primeiros fármacos apresentavam preços extremamente elevados no mercado internacional, o que poderia ter impacto na decisão de tratar todos e, consequentemente comprometer a sustentabilidade do SNS. Foi neste sentido que Portugal desenvolveu um modelo inovador de negociação, baseado no financiamento centralizado, acesso universal e monitorização rigorosa dos resultados, assim como na definição de mecanismos de partilha de risco entre o Estado e a indústria farmacêutica.

A criação do Portal da Hepatite C, a plataforma nacional que permite monitorizar os tratamentos autorizados, o início do tratamento, os resultados clínicos, taxas de cura e indicadores de acesso, como por exemplo, o tempo que medeia a autorização do tratamento e o seu início, foi instrumental para a rápida expansão do acesso ao tratamento, a partir dos resultados obtidos através do Portal, aos quais estava associado o pagamento e a partilha de risco.

Em 2022, com a publicação da Portaria n.º 615/2022, de 3 de agosto de 2022 emitida pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde[27] procede-se à oitava alteração à Portaria n.º 158/2014, de 13 de fevereiro[28], que estabelece o regime especial de comparticipação para medicamentos destinados ao tratamento da hepatite C crónica, visando simplificar os procedimentos de acesso ao tratamento com estes medicamentos.

Os resultados alcançados desde a implementação da nova estratégia são amplamente considerados um sucesso clínico e de saúde pública. Entre os principais benefícios observados, destacam-se a redução dos internamentos por hepatite C crónica, a diminuição da progressão da infeção para cirrose hepática, assim como do risco de carcinoma hepatocelular, a redução da transmissão da infeção e, sobretudo a melhoria da qualidade e esperança de vida das pessoas com hepatite C.

Também se verificaram resultados muito positivos em contextos tradicionalmente associados a maior risco de transmissão, incluindo unidades de diálise, estabelecimentos prisionais e populações utilizadoras de drogas injetáveis.

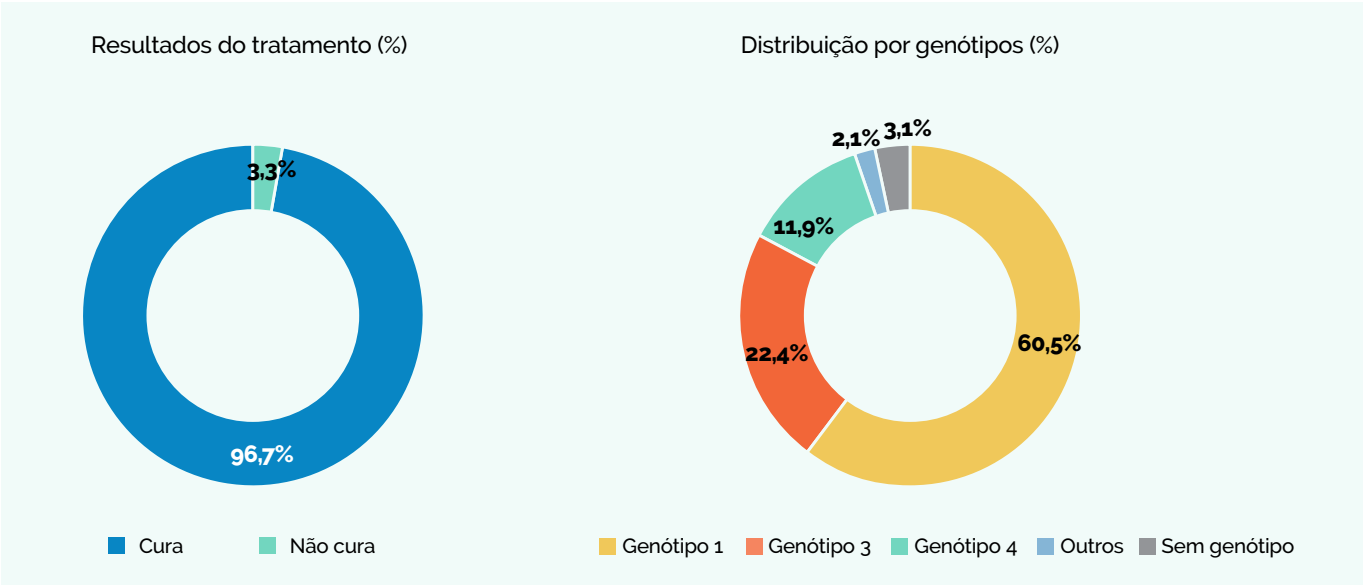
À data da elaboração deste relatório, os dados mais recentes da monitorização do tratamento da hepatite C, através do Portal, informam que foram autorizados 38 344 tratamentos, dos quais 33 952 já haviam sido iniciados (Figura 23).



Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Figura 23. Número total de tratamentos de hepatite C autorizados e n.º total de tratamentos iniciados, 2015-2025

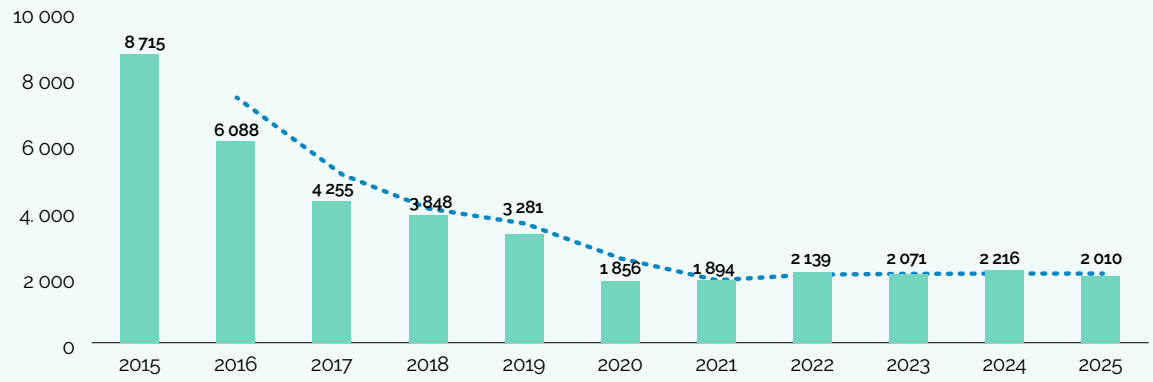
Quando se restringe a análise ao universo de indivíduos que já concluíram o tratamento e em que se pode avaliar a resposta virológica sustentada (n= 22 922), verifica-se que 22 170 estão curados (96,7%) contra 752 não curados (3,3%) (Figura 24). Chama-se, no entanto, a atenção para o facto de que 8 074 pessoas apresentam dados incompletos, não tendo sido atualizada a informação referente ao término do tratamento no portal do Tratamento da Hepatite C, desconhecendo-se os resultados do tratamento. Daqueles sem obtenção de resposta virológica mantida submetidos a retratamento, obteve-se uma percentagem de cura ligeiramente inferior, de 95.4%.



Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Figura 24. Percentagem de doentes curados e não curados e distribuição por genótipos, 2015-2025

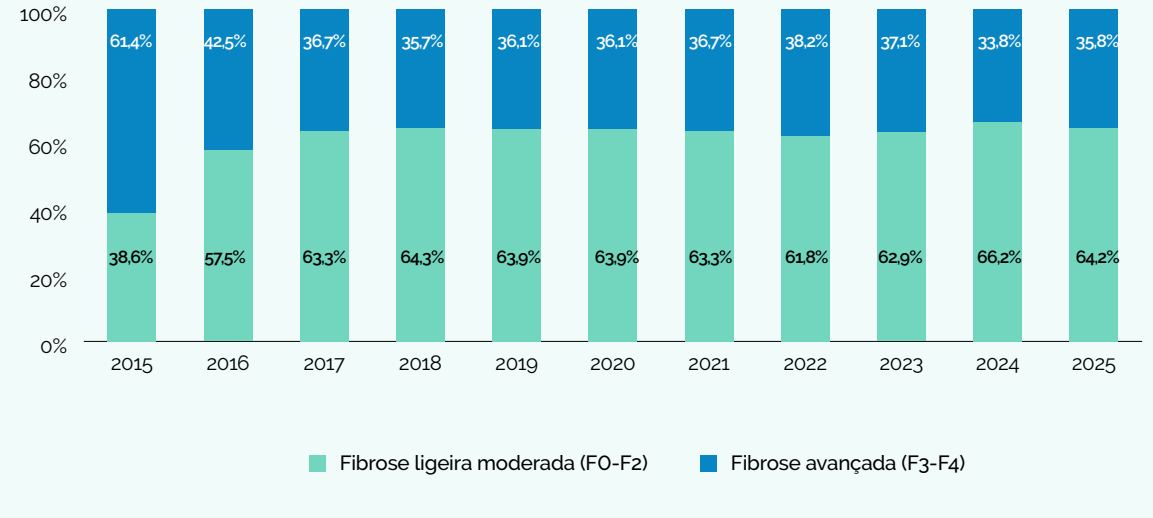
O número de tratamentos autorizados foi elevado nos primeiros anos (cerca de 9 000 tratamentos em 2015 e 6 000 tratamentos em 2016), tendo vindo a diminuir, fruto da redução de novos casos de infeção e, mantendo-se estável nos últimos 3 anos, como pouco mais de 2 000 novos tratamentos autorizados em 2023, 2024 e 2025 (Figura 25).



Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Figura 25. Número de tratamentos de hepatite C autorizados por ano, 2015-2025

Em 2025, a proporção de pessoas com fibrose avançada previamente ao início de tratamento, foi de 35,8% dos novos pedidos (Figura 26), número que consideramos elevado, sendo importante unir esforços para diagnosticar de forma mais precoce as pessoas que necessitarão de intervenção médica.



Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C (INFARMED)

Figura 26. Grau de fibrose hepática nos tratamentos iniciados (%), 2015-2025

Resultado do processo de simplificação dos procedimentos relativos ao acesso ao tratamento com AAD conseguida com a Portaria n.º 615/2022, era objetivo do PNHV uma redução do tempo decorrido entre a data de submissão do pedido e a data de início de tratamento. Apesar de nos dois anos após publicação da portaria esse número diminuído (72,2 dias nos anos 2023-2024 vs 122,1 dias nos anos 2017-2022), no ano 2025 verificou-se de novo um agravamento dos tempos, agora com 88,3 dias decorridos em média até ao início do tratamento (Tabela 10). Consideramos este tempo excessivo, e com marcadas assimetrias a nível nacional. Assim, mantém-se como objetivo 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.

Tabela 10. **Tempo médio decorrido em dias entre data de pedido e data de início de tratamento, 2015-2025**

ANO DE TRATAMENTO	MÉDIA (DIAS CORRIDOS)
2015	52,0
2016	88,8
2017	127,4
2018	159,3
2019	131,3
2020	113,8
2021	104,9
2022	95,6
2023	71,5
2024	73,0
2025	88,3

Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

3.2 Tratamento da hepatite C em contexto prisional

As pessoas privadas de liberdade apresentam uma maior vulnerabilidade às doenças infeciosas transmissíveis, verificando-se prevalências significativamente superiores de infeção por VHB e VHC quando comparadas com as observadas na população geral.

O ambiente prisional constitui uma oportunidade estratégica para a implementação de intervenções de prevenção, diagnóstico e tratamento destas infeções, uma vez que o período de reclusão pode favorecer o acesso aos cuidados de saúde, bem como a adesão e a continuidade do acompanhamento clínico.

Atendendo a esta realidade, foi definida uma estratégia nacional para a abordagem das infeções por vírus da imunodeficiência humana (VIH), VHB e VHC em contexto prisional, resultante da articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, incluindo todos os 45 estabelecimentos prisionais de Portugal continental[29].

O modelo de intervenção tem como base a deslocação de profissionais de saúde aos estabelecimentos prisionais, permitindo a realização de consultas presenciais, bem como o diagnóstico e o tratamento dos reclusos infetados no próprio local. Esta abordagem possibilita ultrapassar os constrangimentos inerentes ao transporte de reclusos para unidades de saúde externas, promovendo a sua dignidade e reduzindo o estigma frequentemente associado a esta população[30].

Neste âmbito, a maioria dos estabelecimentos prisionais realiza o rastreio das infeções por VHC, VHB e VIH aquando da admissão dos reclusos, com posterior determinação de carga viral nos casos com resultado positivo. Nos indivíduos que mantêm fatores de risco, o rastreio é repetido com uma periodicidade de 6 a 12 meses.

As principais limitações à implementação e eficácia deste projeto prendem-se com a insuficiência de recursos humanos, necessários quer para a organização logística do circuito assistencial, quer para assegurar a disponibilidade de profissionais de saúde para a deslocação aos estabelecimentos prisionais. Adicionalmente, persistem constrangimentos relacionados com a limitada interoperabilidade entre os diferentes sistemas de informação utilizados. Esta situação dificulta a obtenção de dados completos e fiáveis sobre a totalidade das pessoas privadas de liberdade observada e tratadas no âmbito deste programa.

Salientamos a dificuldade no acompanhamento quando ocorre mudança de estabelecimento prisional ou quando se retoma a liberdade.

Com base nos dados obtidos através do Portal da Hepatite C, verifica-se que, desde o início da atividade do referido portal até o dia 18 de junho de 2026, foi solicitado tratamento para VHC para um total de 1 522 pessoas privadas de liberdade. Destas, 1 167 (77%) concluíram o tratamento até à data. Entre os indivíduos nos quais foi possível documentar a resposta virológica sustentada (n=749), esta foi alcançada em 722 casos (97,7%) (Figura 27). Importa, contudo, salientar que estes resultados poderão estar subestimados, uma vez que os dados foram exclusivamente através do Portal da Hepatite C e alguns doentes registados poderão não se encontrar devidamente identificados como pessoas privadas de liberdade. Por outro lado, para o total de pessoas que concluíram o tratamento, em 418 os dados estão incompletos, não tendo sido atualizada a informação referente ao término do tratamento no portal.



Fonte: Portal do Tratamento da hepatite C – INFARMED

Figura 27. Número total de tratamentos de hepatite C autorizados e n.º total de tratamentos iniciados, na população em situação de reclusão, 2015-2025

3.3. Impacto Económico e em Saúde da estratégia de tratamento da hepatite C com AAD

A análise económica realizada face ao primeiro ano de implementação da estratégia, demonstrou que o investimento inicial nos AAD foi largamente compensado pela redução das complicações associadas à doença. As estimativas apontaram para a evicção de 3 477 mortes prematuras, 339 transplantes hepáticos e 5 417 casos de cirrose e, ainda, para a prevenção de 1 951 casos de carcinoma hepatocelular e o aumento da esperança de vida. Adicionalmente, foi estimada uma poupança de 271.4 milhões de euros em custos futuros relacionados com o tratamento das complicações hepáticas da infeção crónica, confirmando assim que a estratégia adotada por Portugal representa não apenas um benefício clínico individual, mas também de saúde pública e um investimento altamente custo-efetivo para o SNS[31].

3.4. Desafios Atuais

Apesar dos progressos alcançados, persistem desafios que condicionam a eliminação da hepatite C. o principal desafio passa pela identificação de pessoas com a infeção e que permanecem sem diagnóstico. Tratando-se de uma infeção assintomática durante muitos anos, algumas pessoas infetadas desconhecem a sua condição clínica.

Tal facto tem igualmente repercussões na elevada proporção de pessoas diagnosticas em fases avançadas da doença, com fibrose significativa ou cirrose instalada. O tempo de espera entre a autorização do tratamento e o seu início, com assimetrias regionais significativas é também um desafio que importa abordar.

3.5. Perspetivas Futuras

O futuro da resposta nacional à hepatite C passa por consolidar os ganhos alcançados e reforçar as estratégias de deteção precoce.

O Programa define como prioritário, aumentar a realização do teste da hepatite C pelo menos uma vez na vida, expandir os programas de rastreio junto das populações vulneráveis, reforçar as parcerias com organizações comunitárias, garantir o início imediato do tratamento após o diagnóstico e melhorar os sistemas de vigilância epidemiológica e monitorização clínica.

Estas medidas são fundamentais para que Portugal alcance as metas estabelecidas pela OMS.

4. Literacia em hepatites virais e doenças do fígado

O cumprimento das metas estabelecidas pela OMS para as hepatites virais exige uma aposta clara na literacia em saúde, quer através da capacitação dos profissionais de saúde em todos os níveis de cuidados, técnicos de organizações comunitárias, e a população em geral, com especial atenção às pessoas em situação de maior vulnerabilidade.

A promoção de comportamentos preventivos e a redução de riscos e minimização de danos são estratégias essenciais, só possíveis se a população estiver bem informada sobre as vias de transmissão e formas de prevenção, o acesso ao rastreio e tratamento.

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 do VIH, hepatites virais, e outras IST. Em 2025, a edição da primavera teve lugar de 19 a 26 de maio, e a edição de outono entre 17 e 24 de novembro (Figura 28).

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 as duas campanhas, reforçou-se a importância da continuidade de respostas adequadas por parte dos serviços que acompanham as pessoas em situação de maior vulnerabilidade. para incentivar o aumento da testagem, através da melhoria da acessibilidade.

Testar é um passo fundamental para prevenir, diagnosticar e tratar as infeções por VIH, hepatites e outras IST.



Figura 28. Campanha Semana Europeia do Teste 2025

4.2. Dia Mundial das Hepatites

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

Em 2025 foi definido o tema "Vamos enfrentar isto juntos!" pela WHA, apelando à ação urgente para eliminar as barreiras financeiras sociais e sistémicas que impedem o acesso à prevenção, ao diagnóstico e, tratamento e prevenção das hepatites e prevenção do cancro do fígado.

Historicamente, o PNHV assinala a data com a apresentação do relatório anual, em evento público que reúne decisores, profissionais de saúde e de várias áreas, representantes de ONG/OBC e de pessoas que vivem com hepatites virais. Em 2025, o evento de apresentação do Relatório do Programa Nacional para as Hepatites Virais 2025, decorreu no dia 23 de julho, pelas 10h, no Estabelecimento Prisional do Porto (Custóias), numa sessão conjunta com a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, com representantes institucionais, profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e parceiros locais Durante o evento foram apresentados os dados atualizados sobre a vigilância epidemiológica, prevenção, rastreio, diagnóstico e tratamento das hepatites virais em Portugal assim como o roteiro de ação para o ano de 2026.

Houve ainda lugar a um debate sobre a abordagem das hepatites virais em contexto prisional, os resultados alcançados desde 1018, ano de implementação dos protocolos entre a Saúde e a Justiça, assim como as oportunidades e desafios que persistem (Figura 29).



Figura 29. Infografia Dia Mundial Hepatites 2025

5. Participações nacionais e internacionais

O PNHV 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 e publicações científicas, estimulando o envolvimento e a participação das ONG nacionais e internacionais, 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 2024/27ª Reunião Nacional da APEF, Figueira da Foz, abril 2024

5.2. Participações internacionais

1. *New European toolkit launched to help eliminate viral hepatitis B and C in prison. ECDC,* Agosto 2025

2. *ELPA (European Liver Patient Association). "Hepatitis C, from Cancer to Cure". 12.nd Macedonian Congress of Gastroenterology and Hepatology, with International Participation. Skopje, Macedonia*

3. União Europeia dos Médicos Especialistas (*European Union of Medical Specialists*) – nomeação de Rui Tato Marinho como representante português no *European Board of Gastroenterology and Hepatology*

4. *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) – nomeação de Rui Tato Marinho como Ponto Focal Operacional para as Hepatites Virais

5. *World Gastroenterology Organization* - nomeação de Rui Tato Marinho e Rui Gaspar como membros do *Hepatology Commission* (2023-2025)

6. Tratamento da Hepatite C. A ciência na Prevenção e Tratamento do VIH. Luanda, Angola, Outubro 2025

5.3. Publicações

1. Van Damme P, Hendrickx G, Jindal S, Valckx S, Vorsters A, Bino S, Bonanni P, Buti M, Chevaliez S, Dudareva S, Domínguez A, Dragojević I, Hutchinson S, Jilg W, Kane M, Kojouharova M, Lavanchy D, FitzSimons D, Mandal S, Marinho RT, Matičič M, Papaevangelou V, Reić T, Roudot-Thoraval F, Shouval D, Vanwolleghem T, Ward JW. The Viral Hepatitis Prevention Board (VHPB) supports the continued recommendation for universal hepatitis B vaccination of all newborns within 24 hours of birth. Hum Vaccin Immunother. 2025 Dec;21(1):2600657. doi: 10.1080/21645515.2025.2600657. Epub 2025 Dec 11. PMID: 41379456.

2. Hiebert-Suwondo L, Manning J, Tohme RA, Buti M, Kondili LA, Spearman CW, Hajarizadeh B, Turnier V, Lazarus JV, Grebely J, Dore GJ, Waked I, Ward JW; National Hepatitis Elimination Profile Collaborators. A 2024 global report on national policies, programmes, and progress towards hepatitis C elimination: findings from 33 hepatitis elimination profiles. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2025 Jul;10(7):685-700. doi: 10.1016/S2468-1253(25)00068-8. Epub 2025 May 20. PMID: 40409322.

3. Hepatitis B vaccination policies, practices and challenges to achieving hepatitis elimination in the European Union and European Economic Area. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hepatitis-b-vaccination-policies-practices-and-challenges-achieving-hepatitis (acesso junho 2026).

6. Notas Finais

O Despacho n.º 9215/2021, de 17 de setembro[32] nomeou a Direção do Programa Nacional para as Hepatites Virais para um mandato de 3 anos, com atribuições estabelecidas na prossecução dos objetivos preconizados pela OMS, de eliminar as hepatites virais B e C e minimizar as suas consequências até 2030 enquanto problema de saúde pública.

A partir de uma ação nacional concertada, multissectorial e multidisciplinar, o PNHV tem promovido o reforço da vigilância epidemiológica, das estratégias preventivas, do diagnóstico precoce e do acesso ao melhor tratamento disponível.

Desde 2021, os diversos indicadores têm refletido uma evolução dos principais domínios de intervenção do PNHV (Tabela 11). Utilizando 2021 como ano basal de referência e recorrendo ao último valor oficial disponível para cada indicador. Verifica-se uma redução sustentada da carga da doença, expressa pela diminuição dos internamentos por hepatite B e C, da mortalidade associada às hepatites virais e, de forma particularmente expressiva, do número de pessoas com infeção por VHC em contexto de hemodiálise, evidenciando o impacto das estratégias nacionais de microeliminação implementadas nos últimos anos. Paralelamente, observa-se um aumento significativo da atividade de rastreio, tanto no SNS como em contexto comunitário, bem como um reforço da vacinação contra a hepatite A e a manutenção de elevadas coberturas vacinais contra a hepatite B.

A elevada eficácia dos tratamentos antivíricos e a melhoria do acesso aos cuidados têm contribuído para a redução da doença hepática avançada, da necessidade de transplante hepático e da morbilidade associada às hepatites virais, aproximando Portugal das metas definidas pela Organização Mundial da Saúde para a eliminação destas infeções enquanto problema relevante de saúde pública até 2030.

Tabela 11. **Evolução dos principais domínios de intervenção do PNHV, 2021 - 2025**

INDICADOR	VALOR INICIAL (2021)	VALOR FINAL (2025)	VARIAÇÃO
Internamentos por hepatite C crónica (diagnóstico principal)	39	23	**-41,0%**
Internamentos por hepatite B crónica (diagnóstico principal)	17	13	**-23,5%**
Óbitos por hepatites virais	67	53 (2024)	**-20,9%**
VHC ativo em hemodiálise (anti-VHC+ e ARN-VHC+)	42	14	**-66,7%**
VHC+ em transplantados por 100 transplantes	11,7	9,3	**-20,5%**
Fibrose avançada (F3–F4) ao início do tratamento	36,70%	34,00%	**-7,4%**
Internamentos por cirrose descompensada por hepatite C (diagnóstico principal e secundário)	3 708 (2015 – início da terapêutica com AAD)	1 755	**-47,33%**
Testes AgHBs realizados no SNS	430 294	653 222	**+51,80%**
Testes anti-VHC realizados no SNS	327 003	552 656	**+69,00%**
Testes AgHBs em contexto comunitário	17 573	32 394	**+84,30%**
Testes anti-VHC em contexto comunitário	22 820	49 973	**+119,00%**
Doses de vacina contra a hepatite A	30 047	106 299	**+253,78%**
Doses de vacina contra a hepatite B nas Unidades de Saúde	102 361	127 115	**+24, 18%**
AST e ALT (Hospitais e CSP)	11 503 140	13 841 436	**+20,30%**

Capítulo III
ROTEIRO DE AÇÃO 2027

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 2027

Em 2027, o Programa Nacional para as Hepatites Virais (PNHV) deverá reforçar a sua intervenção estratégica, consolidando os ganhos alcançados e respondendo aos desafios identificados na vigilância epidemiológica, prevenção, diagnóstico e tratamento, com vista ao cumprimento das metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a eliminação das hepatites virais até 2030.

No domínio da vigilância epidemiológica, será prioritário reforçar a qualidade, completude e oportunidade da notificação no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), reduzindo a subnotificação, em particular no que respeita à hepatite Delta. Deverá ainda promover-se a integração e interoperabilidade entre sistemas de informação (incluindo cuidados de saúde primários, hospitais e estruturas comunitárias e de cariz social), permitindo uma monitorização mais robusta dos indicadores epidemiológicos e dos percursos dos doentes.

Ao nível da prevenção, importa consolidar as elevadas coberturas vacinais contra o vírus da hepatite B, garantindo a manutenção da vacinação universal e o reforço da vacinação em grupos vulneráveis, incluindo migrantes, pessoas privadas de liberdade e pessoas que utilizam drogas. Paralelamente, deverá ser intensificada a resposta a surtos de hepatite A, através do reforço da vacinação dirigida, melhoria das condições de salubridade e desenvolvimento de campanhas de comunicação dirigidas a populações específicas.

No âmbito da redução da transmissão, será essencial ampliar e adaptar as intervenções de proximidade, nomeadamente os programas de redução de riscos e minimização de danos, assegurando cobertura adequada e acessibilidade efetiva às populações mais vulneráveis. Importa igualmente reforçar as estratégias de prevenção da transmissão sexual, com especial enfoque em homens que têm sexo com homens, e em contextos de maior risco identificados.

Relativamente ao rastreio e diagnóstico, deverá ser fortalecida a implementação de estratégias de rastreio universal oportunístico (pelo menos uma vez na vida) e de rastreio dirigido a populações de maior risco, assegurando a sua integração nos cuidados de saúde primários, serviços hospitalares e contextos comunitários. Será fundamental melhorar a ligação entre o diagnóstico e o início do tratamento, reduzindo tempos de referenciação e perdas no seguimento.

No eixo do tratamento e seguimento clínico, importa consolidar o acesso atempado e equitativo às terapêuticas antivíricas, garantindo a continuidade dos elevados níveis de eficácia observados, nomeadamente na hepatite C. Deverá reforçar-se a monitorização da adesão terapêutica e a vigilância de reinfeções, particularmente em populações de maior risco. Simultaneamente, será importante expandir a capacidade de abordagem da hepatite B e Delta, incluindo a adoção de novas opções terapêuticas sempre que disponíveis.

No que respeita às populações prioritárias, deverá ser reforçada a intervenção em contextos de maior vulnerabilidade, incluindo pessoas que utilizam drogas, população reclusa, migrantes e pessoas com comorbilidades, promovendo modelos de cuidados integrados e centrados nas necessidades do utente. A articulação com organizações da sociedade civil e estruturas comunitárias deverá ser intensificada, garantindo maior proximidade e efetividade das intervenções.

Ao nível da literacia em saúde e comunicação, será essencial investir em estratégias de informação claras, consistentes e culturalmente adaptadas, dirigidas tanto à população em geral como a grupos específicos, promovendo o conhecimento sobre formas de transmissão, prevenção e benefícios do diagnóstico precoce e tratamento.

Por fim, será fundamental assegurar a governação e monitorização do programa, com definição de metas intermédias claras, acompanhamento regular de indicadores-chave e reforço da articulação interinstitucional, garantindo uma resposta coordenada e eficaz.

Em síntese, o plano de ação para 2027 deverá consolidar uma abordagem integrada, baseada em evidência e centrada na equidade em saúde, permitindo acelerar o progresso rumo à eliminação das hepatites virais em Portugal até 2030.

A Tabela 12 sistematiza os eixos estratégicos, objetivos, ações prioritárias e indicadores de monitorização alinhados com as metas definidas pela OMS, visando reforçar a resposta nacional às hepatites virais e acelerar o cumprimento das metas de eliminação enquanto problema de saúde pública até 2030.

Tabela 12. **Quadro Operacional Plano de Ação 2027**

EIXO ESTRATÉGICO	OBJETIVO OPERACIONAL	AÇÕES PRIORITÁRIAS	INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO	METAS QUANTITATIVAS (OMS)	ENTIDADES RESPONSÁVEIS E COLABORADORAS
Vigilância epidemiológica	Reforçar qualidade e completude da vigilância	Melhorar a notificação no SINAVE; Reduzir subnotificação (incluindo VHD); Promover interoperabilidade entre sistemas de informação	% notificações completas; Tempo médio de notificação; % casos VHB testados para VHD	≥95% notificações completas; ≥90% casos VHB com testagem VHD; Redução do atraso na notificação (<7 dias)	DGS; ULS; INSA; SPMS; IPST; ICAD; Sociedades Científicas
Prevenção	Manter e otimizar prevenção primária	Manter elevada cobertura vacinal VHB; Reforçar vacinação em grupos de risco; Melhorar resposta a surtos de hepatite A; Reforçar programas de redução de danos (PTS, TSO); Aumentar distribuição de material preventivo; Promover prevenção da transmissão sexual	Cobertura vacinal VHB (%); Nº vacinas VHA administradas; Nº surtos controlados; Nº seringas distribuídas; Nº preservativos distribuídos	≥95% cobertura vacinal VHB; ≥90% recém-nascidos vacinados à nascença; Redução ≥90% de novas infeções (meta OMS 2030);	DGS; ICAD; ULS; Autarquias; ONG/OBC
Rastreio e diagnóstico	Aumentar o diagnóstico precoce	Implementar rastreio universal oportunístico; Expandir rastreio dirigido; Reforçar testagem comunitária	Nº testes AgHBs e anti-VHC; % população testada; % diagnósticos precoces	≥90% pessoas infetadas diagnosticadas; ≥50% adultos testados pelo menos 1x na vida	DGS; ULS; ICAD; DGRSP; ONG/OBC
Ligação aos cuidados	Melhorar a referenciação e continuidade de cuidados	Reduzir tempo entre diagnóstico e tratamento; Simplificar circuitos; Reduzir perdas no seguimento	Tempo médio até início terapêutica; % doentes em seguimento; Taxa de abandono	≥90% doentes diagnosticados ligados a cuidados; Tempo médio ≤30 dias até início do tratamento	ULS; SPMS; DGS
Tratamento e seguimento	Garantir o acesso equitativo e eficaz	Assegurar acesso universal; Monitorizar adesão; Monitorizar reinfeções; Expandir terapêutica VHB/VHD	% doentes tratados; Taxa de resposta virológica sustentada; Taxa de reinfeção	≥80% elegíveis tratados; ≥95% taxa de cura VHC; Redução ≥65% da mortalidade associada (meta OMS)	INFARMED; ULS; DGS
Populações prioritárias	Reduzir desigualdades em saúde	Reforçar intervenção em PUDI, reclusos, migrantes; Promover cuidados de proximidade	% cobertura rastreio por grupo; % doentes tratados em grupos vulneráveis	≥90% cobertura rastreio em grupos vulneráveis; ≥80% acesso ao tratamento nestas populações	DGS; ICAD; DGRSP; ONG/OBC
Literacia em saúde	Aumentar conhecimento e adesão	Desenvolver campanhas nacionais; Intervenções dirigidas; Formação de profissionais	Nº campanhas; Nº pessoas abrangidas; Nível de literacia	≥70% população com conhecimento básico sobre hepatites (inquéritos); Aumento anual da testagem	DGS; ULS; ONG/OBC

REFERÊNCIAS

1. World Health Assembly. Viral hepatitis. Resolution WHA63.18. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/3092
2. 2World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Geneva: WHO; 2021.
3. Mårdh O, Quinten C, Amato-Gauci AJ, Duffell E. Mortality from liver diseases attributable to hepatitis B and C in the EU/EEA: descriptive analysis and estimation of 2015 baseline. Infect Dis (Lond). 2020;52(9):625-637.
4. Direção-Geral da Saúde. Despacho n.º 1150/2021. Diário da República. 2021 Jan 28; Série II (19).
5. Blachier M, Leleu H, Peck-Radosavljevic M, Valla DC, Roudot-Thoraval F. The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data. J Hepatol. 2013;58(3):593-608.
6. Rosendal E, von Schreeb S, Gomes A, Lino S, Grau-Pujol B, Magalhães S, et al. Ongoing outbreak of hepatitis A associated with sexual transmission among men who have sex with men, Portugal, October 2023 to April 2024. Euro Surveill. 2024;29(21):2400272. doi:10.2807/1560-7917.ES.2024.29.21.2400272.
7. Zhao J, Green C, Markham C, Fujimoto K, Nyitray AG, Hwang LY. Association between non-injection drug use and hepatitis C infection among HIV-negative men who have sex with men. BMC Infect Dis. 2024;24(1):985. doi:10.1186/s12879-024-09685-3.
8. Kamal H, Aleman S, D-SOLVE Consortium. Natural history of untreated HDV patients: always a progressive disease? Liver Int. 2023;43(Suppl 1):5-21. doi:10.1111/liv.15467.
9. Girotto JE, Fly JH, Warminski S, Forster J, Oz T. Why the birth dose matters for hepatitis B vaccination. J Pediatr Pharmacol Ther. 2026;31(1):102-105. doi:10.5863/JPPT-26-00107.
10. Ramazanova M, Turdaliyeva B, Igissenova A, et al. Prevalence of sexualized substance use and chemsex in the general population and among women: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. Healthcare (Basel). 2025;13:899.
11. Rodrigues B, Simão I, Lima P, Pereira B, Borta A, Barosa R, Chagas C. Implementation of universal anti-HDV screening in HBsAg-positive patients: real-world experience from a tertiary referral centre. Comunicação científica apresentada na Semana Digestiva; 2026 May 20–22; Fátima, Portugal.
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Overview of progress towards the Sustainable Development Goal 3.3 targets on HIV, tuberculosis, viral hepatitis and sexually transmitted infections in the EU/EEA, 2025: data from 2023–2024. Stockholm: ECDC; 2026.
13. Cardoso M, Branco J, Carvalho R, et al. Bulevirtide effectiveness in hepatitis delta infection across geographic origins and genotypes: real-world data from Portugal. Comunicação científica apresentada em congresso; 2026.
14. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Despacho n.º 14391/2001. Diário da República. 2001 Jul 10; II Série (158).
15. Organización Nacional de Trasplantes. Actividad de donación y trasplante hepático. España 2024. Madrid: Organización Nacional de Trasplantes; 2025. Disponível em: https://www.ont.es/wp-content/uploads/2025/03/ACTIVIDAD-DE-DONACION-Y-TRASPLANTE-HEPATICO-ESPANA-2024.pdf
16. Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. Relatório Anual 2024: Descritivo de Respostas e Intervenções das Ações do PARCAD – Horizonte 2024. Lisboa: ICAD, I.P.; 2025.
17. Vithayathil M, Khan SA. Current epidemiology of cholangiocarcinoma in Western countries. J Hepatol. 2022;77(6):1690-1698. doi:10.1016/j.jhep.2022.07 022.
18. Valle JW, Kelley RK, Nervi B, Oh DY, Zhu AX. Biliary tract cancer. Lancet. 2021;397(10272):428-444. doi:10.1016/S0140-6736(21)00153-7.
19. McGlynn KA, Petrick JL, El-Serag HB. Epidemiology of hepatocellular carcinoma. Hepatology. 2021;73(Suppl 1):4-13. doi:10.1002/hep.31288.

20. Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. Livro Azul de Vacinas: Programa Nacional de Vacinação e outras estratégias de imunização. Despacho n.º 2794/2026. Diário da República. 2026 Mar 4; Série II (44).
21. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 007/2025: Estratégia de imunização contra a hepatite A [Internet]. Lisboa: DGS; 2025. Atualizada em 2025 Oct 15. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt
22. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Diário da República. 2023 Nov 7; Série I (215).
23. Serviço Nacional de Saúde. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) [Internet]. Disponível em: https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx
24. Serviço Nacional de Saúde. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: problemas ativos [Internet]. Disponível em: https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/problemasativos.aspx?isdlg=1
25. Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. 2.ª ed. Lisboa: ACSS; 1999. Edição revista em junho de 2011.
26. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho. Diário da República. 2001 Jun 21; Série I-A (142).
27. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Portaria n.º 615/2022. Diário da República. 2022 Aug 3; Série II (149).
28. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Portaria n.º 158/2014, de 13 de fevereiro. Diário da República. 2014 Feb 21; II Série (37).
29. Gabinetes da Secretária de Estado Adjunta e da Justiça e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 6542/2017. Diário da República. 2017 Jul 28; II Série (145).
30. Gabinetes da Secretária de Estado Adjunta e da Justiça e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 283/2018. Diário da República. 2018 Jan 5; II Série (4).
31. Martins J, Rodrigues J, Martins AP, Andreozzi V, Vandewalle B, Félix J, Castro Alves E, Mota-Filipe H. Long-term effect of the Portuguese universal access program to new generation direct-acting antivirals for the treatment of hepatitis C. J Hepatol. 2016;64(2 Suppl):S778-S779. doi:10.1016/S0168-8278(16)01518-X.
32. Portugal. Despacho n.º 9215/2021. Diário da República. 2021 Sep 17; II Série (182). Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9215-2021-171516123

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
pnhepatites@dgs.min-saude.pt