

Relatório de vigilância e monitorização da tuberculose em Portugal

2025

Relatório de vigilância e monitorização da tuberculose em Portugal

2025

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal: Dados 2024
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, (2026).

PALAVRAS-CHAVE

Tuberculose, Vigilância, Diagnóstico, Resistências, Estratégias

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
www.dgs.pt

AUTORIA

Programa Nacional para a Tuberculose

Isabel Carvalho, Marta Gomes, Ana Sofia Sousa, Mariana Sá Pinto, Olena Oliveira, Rita Macedo, Beatriz Pinto

Direção de Serviços de Informação e Análise

EDIÇÃO (ordem alfabética)

André Peralta Santos, Rita Sá Machado

Lisboa, março 2026

Índice

Índice de Figuras.....	5
Índice de Tabelas	6
Siglas/Acrónimos	7
Resumo	8
Mensagem da Diretora-Geral da Saúde	9
1. Tuberculose em Portugal.....	10
1.1. Evolução da Tuberculose em Portugal.....	11
1.1.1. Caracterização demográfica dos casos.....	17
1.2. Caracterização clínica e bacteriológica dos casos.....	19
1.2.1. Manifestação clínica da doença.....	19
1.2.2. Confirmação laboratorial e resultado do tratamento	22
1.2.3. Retratamento.....	24
1.3. Tuberculose infantil.....	24
1.3.1. Grupo etário 0-5 anos.....	24
1.3.2. Grupo etário 6-14 anos.....	25
1.4. Resistência aos fármacos antibacilares	26
1.4.1. Tuberculose resistente à isoniazida.....	27
1.4.2. Tuberculose resistente à rifampicina (RR) ou multirresistente (MR).....	27
1.4.3. Resistência a fluoroquinolonas, tuberculose pré- e extensivamente resistente (TB pre-XDR/XDR).....	28
1.4.4. Sequenciação do Genoma Total (WGS).....	29
1.4.5. Análise dos casos de TB RR/MR sujeitos a WGS	29
1.4.6. Sucesso terapêutico	32
1.5. Tuberculose em populações vulneráveis.....	32
1.5.1. Tuberculose na população migrante.....	32
1.5.2. Tuberculose nas pessoas que vivem com VIH.....	37
1.5.3. Tuberculose em meio prisional.....	37
1.6. Infeção por Mycobacterium tuberculosis	38
2. Atividades Desenvolvidas Em 2025.....	41
2.1. Sensibilização Pública	41
2.2. Reorganização estrutural e articulação com as Unidades Locais de Saúde.....	41
2.3. Acesso a Tratamentos Inovadores e Gestão Farmacológica.....	42
2.4. Formação e capacitação profissional.....	42
2.5. Encontros Técnicos e Partilha de Boas Práticas.....	42
2.6. Rastreio em Populações Vulneráveis.....	43
2.7. Parcerias com Organizações de Base Comunitária.....	43
2.8. Monitorização da Tuberculose Multirresistente.....	43
2.9. Parcerias Intersectoriais e abordagem integrada.....	44
2.10. Cooperação Internacional e Alinhamento com Recomendações Globais.....	44
2.11. Investigação e Conhecimento Científico.....	44
3. Roteiro de ação 2026.....	45
3.1. Monitorização da doença	45
3.2. Prevenção	45
3.3. Diagnóstico.....	46
3.4. Tratamento.....	46
4. Notas Finais.....	48
5. Anexos.....	50
Referências Bibliográficas.....	67

Índice de Figuras

Figura 1 - Evolução da taxa de notificação e de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes em Portugal, 2000-2024	12
Figura 2 - Distribuição da proporção dos fatores de risco no distrito do Porto, 2020-2024	15
Figura 3 - Distribuição da proporção dos fatores de risco no distrito de Lisboa, 2020-2024	15
Figura 4 - Taxa de notificação por 100 mil habitantes por concelho, 2020-2024	16
Figura 5 - Distribuição do número de casos de tuberculose por grupo etário e sexo, 2024.....	18
Figura 6 - Evolução da mediana da idade ao diagnóstico, 2008-2024	18
Figura 7 - Evolução da proporção de casos bacilíferos nos casos com tuberculose pulmonar, 2009-2024	19
Figura 8 - Evolução do número de casos de formas graves de tuberculose (disseminada, meningea e do SNC), 2008-2024	20
Figura 9 - Evolução da mediana de dias até ao diagnóstico de tuberculose, 2010-2024	21
Figura 10 - Mediana do número de dias até diagnóstico, por grupos populacionais, 2024	21
Figura 11 - Mediana do número de dias até diagnóstico por concelho nos distritos de maior incidência, 2024	22
Figura 12 - Evolução do sucesso terapêutico, 2000-2024	24
Figura 13 - Taxa de incidência por 100 mil habitantes de tuberculose infantil, 2008-2024.....	25
Figura 14 - Evolução do número de casos de tuberculose grave e não grave, em crianças com idade inferior a 6 anos, 2008-2024	26
Figura 15 - Evolução de casos de tuberculose resistente à isoniazida e rifampicina, 2008-2024 (%).....	27
Figura 16 - Evolução do número de casos de tuberculose multirresistente (MR), tuberculose pré- e extensivamente resistente (TB pre-XDR/XDR), 2000-2024.....	29
Figura 17 - Filogenia global de todas as estirpes associadas a tuberculose multirresistente sujeitas à sequenciação do genoma total no LNR-TB (N=200).....	31
Figura 18 - Tendência do número de casos de TBRR/MR ao longo dos anos por região de saúde. LVT – Lisboa e Vale do Tejo; RA – Região Autónoma.....	32
Figura 19 - Evolução dos casos de tuberculose na população migrante em comparação com população nascida em Portugal, 2008-2024	33
Figura 20 - Evolução da taxa de notificação na população migrante em comparação com população nascida em Portugal, 2008-2024	33
Figura 21 - Distribuição do número de casos de tuberculose em migrantes por país de origem, 2021-2024.....	35
Figura 22 - Evolução da mediana de dias desde o início de sintomas até ao diagnóstico entre a população nascida em Portugal e migrantes, 2015-2024	36
Figura 23 - Distribuição da proporção de fatores de risco na população migrante, 2018-2024	36
Figura 24 - Evolução da taxa de notificação de tuberculose em reclusos, 2013-2024.....	38
Figura 25 - Evolução do número de casos de infeção com instituição de tratamento preventivo, 2000-2024.....	38
Figura 26 - Distribuição do número de casos de infeção com instituição de tratamento preventivo, por sexo e grupo etário, 2024.....	39

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Taxa de notificação de tuberculose por 100 mil habitantes e por região, 2022-2024.....	13
Tabela 2 - N° de casos e taxa de notificação por 100 mil habitantes e por distrito, quinquênio 2018- 2022, 2019-2023 e 2020-2024.....	14
Tabela 3 - Motivo de término de tratamento (excluídos doentes que ainda se encontram "em tratamento"), 2023 e 2024.....	23
Tabela 4 - Resistências aos fármacos antibacilares de 1ª linha, 2024 (nº, % dos testados)	27
Tabela 5 - Descrição da amostragem de casos de TBRR/MDR e perfil de resistência in silico analisada por WGS 2013-2024.....	30
Tabela 6 - Distribuição dos casos de tuberculose em migrantes por região, 2024.....	34
Tabela 7 - Distribuição dos casos de tuberculose em migrantes por distrito, 2023 e 2024.....	35
Tabela 8 - Proporção de casos de infecção que iniciaram tratamento preventivo, por distrito, 2023-2024.....	40

Siglas/Acrónimos

AIMA	Agência para a Integração, Migrações e Asilo
BCG	Bacillus Calmette-Guerin
CRC	Consultas Respiratórias da Comunidade
DGRSP	Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
DGS	Direção-Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECDC	Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (European Centre for Disease Prevention and Control)
ICAD	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências
IGRA	Interferon-Gamma Release Assay
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MGF	Medicina Geral e Familiar
MR	Multirresistente
OBC	Organizações de Base Comunitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações não-governamentais
PNT	Programa Nacional para a Tuberculose
PSSA	Pessoas em situação de sem-abrigo
RR	Rifampicina resistente
SNC	Sistema Nervoso Central
SVIG-TB	Sistema de Vigilância de Tuberculose
TB	Tuberculose
TBIL	Tuberculose infeção latente
TBMR	Tuberculose multirresistente
TBRR	Tuberculose rifampicina resistente
TBXDR	Tuberculose extensivamente resistente
TST	Teste de Sensibilidade à Tuberculina (Teste de Mantoux)
ULS	Unidades Locais de Saúde
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WGS	Whole Genome Sequencing (Sequenciação do Genoma Total)
XDR	Extensivamente resistente

Resumo

O que é este documento?

Relatório anual de 2025 do Programa Nacional para a Tuberculose, um dos Programas de Saúde Prioritários da Direção-Geral da Saúde.

O que consta do documento?

Apresenta os resultados da vigilância epidemiológica da tuberculose em Portugal no ano de 2024, com análise das características demográficas, distribuição geográfica por concelhos e distritos, parâmetros clínicos e bacteriológicos dos casos notificados. Descreve a incidência de tuberculose infantil e das formas multirresistentes, explorando a correlação com determinantes clínicos, demográficos e socioeconómicos. Analisa os padrões da doença em populações vulneráveis e as estratégias de quimioprofilaxia em infeção latente.

Quais são as principais conclusões?

- Taxa de notificação de 14,3 casos/100.000 habitantes-ano em 2024, verificando-se descida.
- Decréscimo percentual no quinquénio 2020-2024 inferior aos quinquénios anteriores.
- Lisboa e Porto mantêm-se como distritos de maior incidência.
- População migrante apresenta taxa de notificação três vezes superior à média nacional.
- Mediana de dias até ao diagnóstico mantém-se elevada (81 dias), com atrasos superiores em grupos vulneráveis e concelhos de maior risco.
- Aumento de casos de tuberculose multirresistente, concentrados em Lisboa e Vale do Tejo, com predomínio em migrantes.

O que se pretende atingir em anos futuros?

- Reduzir a incidência por forma a atingir as metas da Organização Mundial da Saúde.
- Diminuir o tempo até ao diagnóstico mediante estratégias de acesso precoce e deteção em populações vulneráveis.
- Manter resposta célere dos cuidados de saúde.
- Melhorar a literacia em tuberculose na população e profissionais de saúde.
- Reforçar cuidados integrados centrados no doente.
- Manter estratégias conjuntas com Sociedade Civil, Organizações de base comunitária e outros parceiros.
- Promover rastreio e tratamento da tuberculose infeção latente.
- Reforçar estratégias de prevenção dirigidas a migrantes de países de elevada incidência.

Mensagem da Diretora-Geral da Saúde

A tuberculose a nível mundial continua a ser a principal causa de morte por agente infeccioso, tendo substituído a Doença por Coronavírus, 2019 (COVID-19) que ocupou esta posição entre 2020 e 2022. Afeta aproximadamente 10 milhões de pessoas anualmente e causa 1,3 milhões de óbitos, sendo agravada pelo aumento das estirpes multirresistentes e pelo impacto negativo da pandemia de COVID-19 nos programas de controlo.

Em Portugal, a taxa de notificação situa-se nos 14,3 casos por 100 mil habitantes em 2024, permanecendo relativamente estável desde os anos da pandemia a COVID-19.

A tuberculose afeta sobretudo populações com risco acrescido de infeção e de maior suscetibilidade à doença, nomeadamente, pessoas que vivem com Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), migrantes, pessoas em situação de sem-abrigo (PSSA) ou reclusão, pessoas com dependências e pessoas com exposição ocupacional à sílica.

Preocupa-nos particularmente o abrandamento do decréscimo da incidência observado no quinquénio 2020-2024, a concentração de casos nos distritos do Porto e Lisboa, a vulnerabilidade da população migrante (com taxa quase três vezes superior à média nacional) e o diagnóstico tardio (mediana de 81 dias).

Os nossos desafios imediatos incluem a redução do tempo até ao diagnóstico, a melhoria dos sistemas de informação e a resposta mais eficaz aos que estão em situação de maior vulnerabilidade. Para isso, é fundamental o reforço das estratégias de procura ativa de casos e o acesso aos cuidados de saúde em tuberculose.

A médio prazo, apostamos na integração de cuidados centrados no doente, na facilitação do rastreio, no incentivo ao tratamento preventivo, e no trabalho intersectorial para atuar sobre os determinantes sociais da doença. O nosso objetivo alinha-se com as metas da OMS: reduzir em 90% os casos de tuberculose até 2035. Este é um desafio ambicioso, mas alcançável se mantivermos o nosso compromisso coletivo.

A Direção-Geral da Saúde reafirma o seu papel de liderança neste processo, assegurando que a tuberculose permanece uma prioridade na agenda da saúde pública em Portugal.

1. Tuberculose em Portugal



Taxa de incidência, entre 2015 e 2024
Redução de 31,8%

Decréscimo percentual anual, entre 2015-2024
3,2%

Objetivo 90% do valor
de 2015, até 2035



Número de mortes, entre 2015 e 2024
Redução de 68,9%

Decréscimo percentual anual, entre 2015-2024
7,7%

Objetivo 95% do valor
de 2015, até 2035

Em 2024 foram notificados 1536 casos de tuberculose em Portugal, 1418 novos casos e 118 retratamentos, correspondendo a uma taxa de notificação de 14,3 casos por 100 mil habitantes (Figura 1). De acordo com a Estratégia End TB da OMS, as metas para 2025 prevêem uma redução de 90% na incidência face aos valores de 2015, o que corresponde a $\leq 2,1$ casos por 100 mil habitantes na taxa de notificação e a $\leq 1,9$ casos por 100 mil habitantes considerando apenas casos novos, e uma redução de 95% na mortalidade, equivalente a ≤ 8 mortes. Registaram-se 50 mortes por tuberculose, o que corresponde a uma letalidade de 3,3% na totalidade dos casos notificados, das quais 48,0% se verificaram no grupo etário com idade superior a 75 anos. A região de Lisboa e Vale do Tejo e a região Norte mantiveram-se como as duas regiões de maior incidência, com 17,1 e 16,4 casos por 100 mil habitantes, respetivamente.

Os homens continuam a ser mais afetados do que as mulheres (64,4% do total de casos notificados em 2024), especialmente na idade adulta. Em 2024, 2,4 % do total de casos ocorreram em crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos. A taxa de incidência no grupo etário de crianças dos 0 aos 5 anos foi de 3,7 casos por 100 mil crianças com 0-5 anos. A população migrante manteve-se como uma população em situação de maior vulnerabilidade, com uma taxa de notificação 2,7 vezes superior à média nacional (38,9 casos por 100 mil migrantes em 2024), verificando-se também um aumento na proporção de casos, em comparação com 2023 (39,1% em 2024 e 35,7% em 2023).

A localização mais frequente da doença foi pulmonar (68,6% em 2024). Destes, 58,3% dos casos eram bacilíferos. Neste grupo, a demora até ao diagnóstico apresentou, em 2024, uma mediana de 75 dias, representando uma diminuição face a 2023 (78 dias), embora ainda acima do valor apresentado em 2022 (53 dias). Contudo, este valor é inferior à mediana nacional (81 dias). A proporção de casos com confirmação por cultura ou por exame direto e teste de amplificação de ácidos nucleicos foi de 58,6%, valor superior ao verificado em 2023 (51,1%).

Foram identificados 36 casos de tuberculose multirresistente. A maioria dos casos ocorreu na região de Lisboa e Vale do Tejo (63,9%). Em 2024, 76,2% dos casos notificados foram testados para VIH (79,7% em 2023) e 8,6%

apresentavam co-infecção TB/VIH.

Em 2024, o sucesso terapêutico foi de 82,1% após exclusão dos doentes ainda em tratamento (21,8% dos casos notificados), valor superior ao registado em 2023 (79,4%), evidenciando uma tendência de melhoria progressiva deste indicador. O sucesso terapêutico reportado tem-se mantido consistentemente acima de 75% quando excluídos os doentes em tratamento, refletindo uma melhoria sustentada ao longo dos últimos anos. Esta evolução favorável é, em parte, explicada pela redução da proporção de transferências/emigrações (5,9% em 2024 vs. 8,7% em 2023), fator que historicamente contribuiu para valores inferiores. A análise deste indicador deve, contudo, ser interpretada com cautela, uma vez que o preenchimento tardio do formulário de término de tratamento pode condicionar os valores obtidos em períodos mais recentes.

1.1. Evolução da tuberculose em Portugal

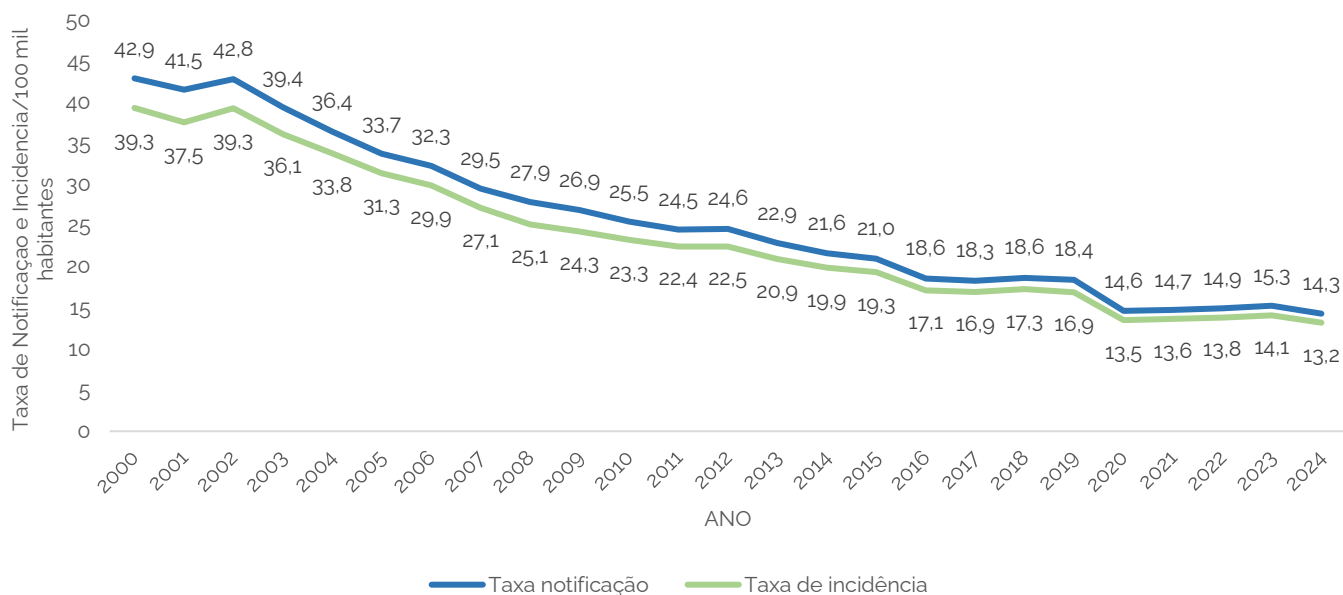
A notificação dos novos casos, dos retratamentos e dos dados de acompanhamento de cada episódio de doença é efetuada em vários momentos, no início do tratamento, na passagem à fase de manutenção e por último, quando o tratamento termina. Devido às características da própria doença, bem como do sistema de vigilância, é efetuada uma atualização periódica e regular dos dados de forma a melhor retratar a situação epidemiológica da doença a nível nacional. Os dados agora apresentados resultam dessa atualização, correspondendo assim, aos dados mais consolidados e mais atuais da tuberculose em Portugal.

Os dados de 2024 apresentados neste relatório foram extraídos no 3º trimestre de 2025. A variação entre dados reportados e atualizados, referente ao ano de 2023 situa-se nos 2,5%, possivelmente devido ao atraso na notificação. Assim, enquanto foram reportados 1584 casos até ao final de 2024, o número atualizado do ano referido, na extração de 2025, foi de 1624 casos.

As taxas de notificação atualizadas foram calculadas utilizando, como numerador, o total de casos da extração de 2025 e, como denominador, a estimativa da população residente, segundo o INE (2025). Entre 2020 e 2023, observou-se uma taxa de notificação estável (15,3 casos por 100 mil habitantes/ano em 2023). Em 2024, assistimos a uma redução para os 14,3 casos/ 100 mil habitantes/ano.

A análise do quinquénio 2020-2024 demonstrou um decréscimo da taxa de notificação de 0,6% ao ano. Na comparação entre os quinquénios de 2016-2020, 2017-2021, 2018-2022 e 2019-2023 os dados revelam um decréscimo consistente do número de casos notificados. Contudo, assistimos a uma desaceleração da redução da taxa de notificação e maior concentração progressiva dos casos de tuberculose nas populações em situação de maior vulnerabilidade.

Figura 1. Evolução da taxa de notificação e de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes em Portugal, 2000-2024



Fonte: SVIG-TB 2025

Distribuição dos casos de tuberculose por região, distrito e concelhos

A análise da distribuição dos casos notificados nas sete regiões de Portugal Continental e nas Regiões Autónomas evidencia que a tuberculose mantém maior prevalência nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte.

Em 2024, a região de Lisboa e Vale do Tejo apresentou a taxa de notificação mais elevada do país, com 17,1 casos por 100 mil habitantes. Apesar deste valor, observa-se um decréscimo face à taxa registada em 2023, considerando os casos notificados até à data.

Na região Norte, a taxa de notificação em 2024 foi de 16,4 casos por 100 mil habitantes, valor ligeiramente superior ao observado em 2023 (16,0/100 mil). Verifica-se, contudo, um aumento do número absoluto de casos entre 2022 e 2024, apesar da estabilidade da taxa nos 16,4 casos por 100 mil habitantes nesses anos.

No Alentejo, após um aumento da taxa de notificação em 2023 (11,4/100 mil), os dados preliminares de 2024 indicam nova redução, situando-se em 7,8 casos por 100 mil habitantes.

A região do Algarve apresentou, em 2023 e 2024, taxas superiores às registadas em 2022, ocupando a terceira posição a nível nacional. Este padrão reflete um aumento sustentado do número de casos numa população residente relativamente pequena, quando comparada com as regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo (Tabela 1).

Nas Regiões Autónomas, a qualidade e completude dos dados não permitem uma análise autónoma relativamente ao total nacional, em virtude de falhas reportadas no sistema informático de notificação. Verificou-se uma redução abrupta do número absoluto de casos nos Açores (2024) e na Madeira (2023), a qual deve ser interpretada com cautela e enquadrada nas limitações de reporte identificadas.

Tabela 1. Taxa de notificação de tuberculose por 100 mil habitantes e por região, 2022-2024

	2022		2023		2024	
	Nº de casos	Taxa de Notificação/ 100 mil habitantes	Nº de casos	Taxa de Notificação/ 100 mil habitantes	Nº de casos	Taxa de Notificação/ 100 mil habitantes
Norte	594	16,4	586	16,0	606	16,4
Lisboa e Vale do Tejo	695	18,5	724	18,9	660	17,1
Algarve	71	15,0	83	17,1	80	16,2
Alentejo	41	8,7	54	11,4	37	7,8
Centro	146	8,9	151	9,0	126	7,3
R. A. Açores	18	7,5	19	7,9	7	2,9
R. A. Madeira	11	4,3	7	2,7	20	7,7

Fonte: SVIG-TB 2025

A evolução do número de casos notificados e da taxa de notificação anual de tuberculose por distrito entre 2018 e 2024 está descrita no Anexo 1. No quinquénio 2020-2024, os distritos com uma maior taxa de notificação a nível nacional foram, por ordem decrescente, Lisboa, Porto e Beja (Tabela 2). Apenas o distrito de Lisboa apresentou uma taxa de notificação superior a 20 casos por 100 mil habitantes no quinquénio (Tabela 2).

Na região Norte, o distrito de Viana do Castelo é, após o distrito do Porto, aquele com maior taxa de notificação (15,1 casos por 100 mil habitantes em 2020-2024). Nos distritos de Braga, Bragança e Vila Real registou-se uma diminuição progressiva da taxa de notificação entre o quinquénio 2018-2022 e o quinquénio 2020-2024 (Tabela 2).

No Alentejo, o distrito de Beja destaca-se com uma taxa de notificação elevada (18,1 casos por 100 mil habitantes) relativamente à totalidade da região (7,8 casos por 100 mil habitantes), mantendo valores semelhantes aos reportados nos quinquénios anteriores (Tabela 2).

Tabela 2. N.º de casos e taxa de notificação por 100 mil habitantes e por distrito, quinquénio 2018- 2022, 2019-2023 e 2020-2024

Distrito	Casos 2018-2022	Taxa 2018-2022	Casos 2019-2023	Taxa 2019-2023	Casos 2020-2024	Taxa 2020-2024
Aveiro	394	11,1	379	10,4	377	10,3
Beja	128	17,4	141	18,9	135	18,1
Braga	556	13,0	540	12,5	524	12,1
Bragança	65	10,6	63	10,3	61	10,0
Castelo Branco	149	16,8	140	15,6	153	16,9
Coimbra	134	6,5	133	6,4	119	5,6
Évora	30	3,9	21	2,7	13	1,7
Faro	370	15,7	365	15,1	374	15,2
Guarda	95	13,5	100	14,1	95	13,4
Leiria	164	7,0	158	6,6	149	6,1
Lisboa	2605	22,6	2588	22,0	2466	20,6
Portalegre	34	6,5	28	5,4	26	5,0
Porto	2052	22,6	1918	20,8	1854	19,9
Santarém	163	7,5	166	7,5	178	8,0
Setúbal	878	19,8	807	17,9	719	15,7
Viana do Castelo	171	14,7	178	15,2	177	15,1
Vila Real	122	13,2	120	13,0	103	11,2
Viseu	185	10,5	163	9,2	128	7,2
Região Autónoma dos Açores	105	8,8	98	8,1	78	6,5
Região Autónoma da Madeira	63	5,0	55	4,3	60	4,6

Fonte: SVIG-TB 20252

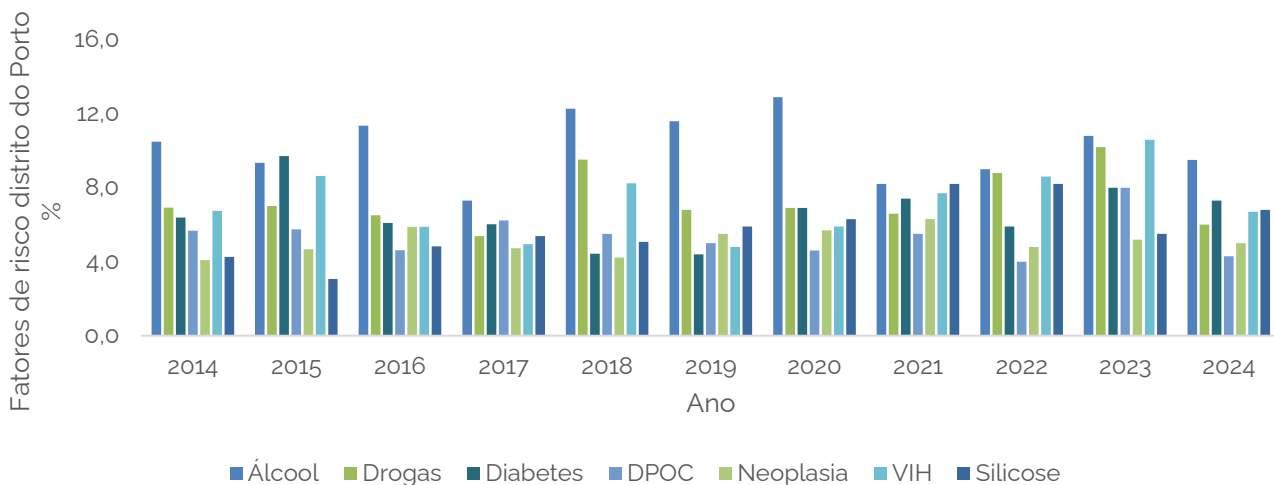
Entre 2021 e 2023, o distrito do Porto registou uma diminuição progressiva de casos notificados e da taxa de notificação anual, mas em 2024 registou um aumento de ambos, com consequente taxa de notificação anual superior a 20 casos por 100 mil habitantes (Anexo 1). Dos 60 casos notificados a mais em 2024 relativamente a 2023, 15 foram no concelho do Marco de Canaveses (13 casos em 2023 e 28 casos em 2024), 14 no concelho de Vila Nova de Gaia (50 casos em 2023 e 64 casos em 2024) e 12 no concelho do Porto (56 casos em 2023 e 68 casos em 2024). No distrito do Porto, os principais fatores de risco registados em 2024 foram o consumo de álcool (9,5%), diabetes (7,3%), silicose (6,8%) e infeção por VIH (6,7%) (Figura 2).

O distrito de Lisboa continua a apresentar uma taxa de notificação anual superior a 20 casos por 100 mil habitantes em 2024, com uma média de 514 doentes/ano no último triénio. Após a tendência de redução na proporção de casos de tuberculose em pessoas que vivem com VIH verificada no último triénio (14,7% em 2021, 13,1% em 2022 e 12,6% em 2023), em 2024 observou-se uma inversão desta tendência atingindo o valor de 14,4% de coinfeções TB/VIH (Figura 3).

No distrito de Beja observou-se uma diminuição do número de casos notificados em 2024 (40 em 2023 e 24 em 2024). Verificou-se um aumento da tuberculose nas pessoas com diabetes (8,3% em 2024 vs. 7,5% em 2023), nas

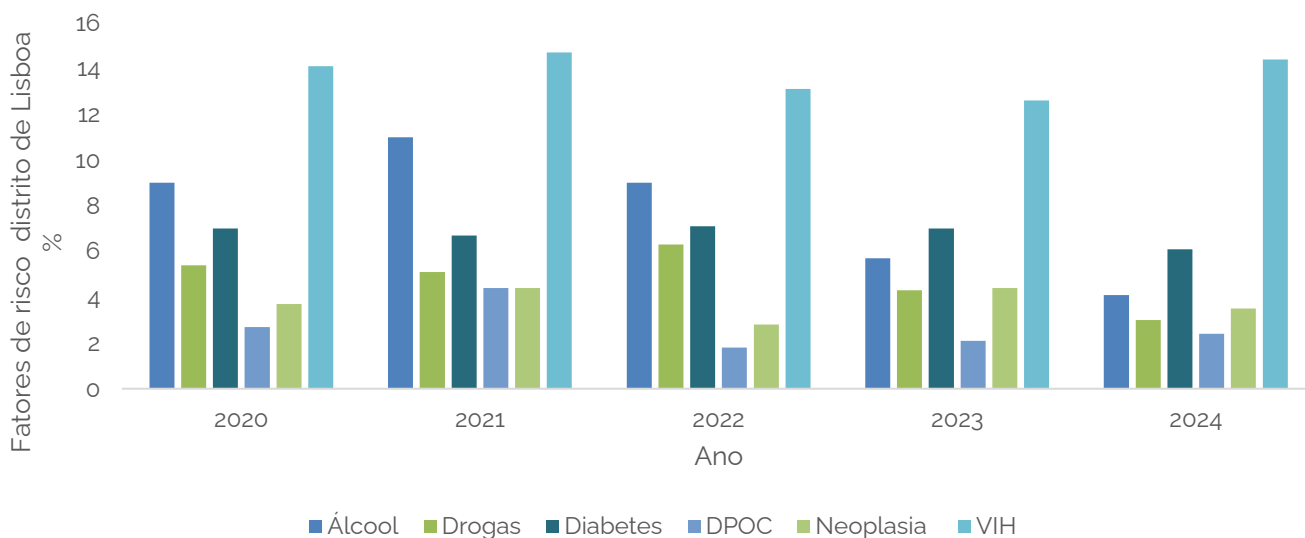
peças que vivem em residências comunitárias (8,3% em 2024 vs. 2,5% em 2023), bem como associado ao consumo de álcool (8,3% em 2024 vs. 5,1% em 2023). Em contrapartida, não se verificou nenhum caso de coinfeção TB/VIH, contrariando a tendência de aumento dos últimos anos (5,9% dos casos notificados em 2023 vs. 4,3% em 2022).

Figura 2. Distribuição da proporção dos fatores de risco no distrito do Porto, 2020-2024



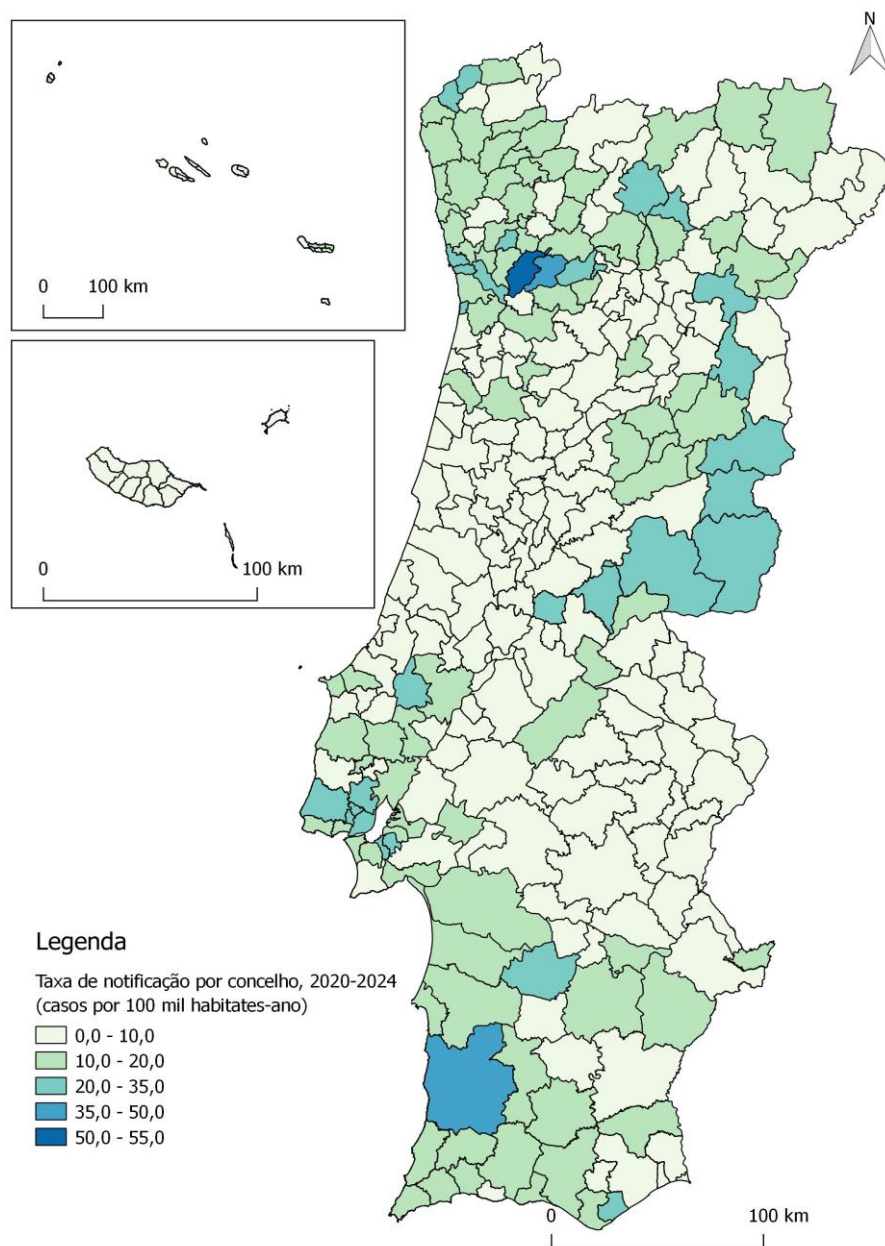
Fonte: SVIG-TB 2025

Figura 3. Distribuição da proporção dos fatores de risco no distrito de Lisboa, 2020-2024



Fonte: SVIG-TB 2025

Figura 4. Taxa de notificação por 100 mil habitantes por concelho, 2020-2024



Fonte: SVIG-TB 2025

Ao analisar a distribuição de casos por concelhos no distrito do Porto, no quinquénio 2020-2024, observa-se que os concelhos de Penafiel (54,3 casos por 100 mil habitantes) e Marco de Canaveses (44,1 casos por 100 mil habitantes) permanecem destacados (Anexo 2; Figura 4). Neste período, Penafiel distinguiu-se por apresentar a taxa de notificação mais elevada em Portugal, mantendo um número consistentemente elevado de casos nos últimos três anos (39 em 2022, 40 em 2023 e 44 em 2024). No concelho de Marco de Canaveses foram notificados mais 15 casos do que no ano anterior (13 casos em 2023; 28 casos em 2024), atingindo um número absoluto de casos comparável com 2022 (30 casos) e 2021 (25 casos).

A silicose continua a destacar-se como o principal fator de risco nos concelhos de Penafiel e Marco de Canaveses, representando 34,1% e 21,4% dos casos de 2024, respetivamente. O segundo fator de risco mais

reportado neste ano foi o consumo de álcool (31,8% em Penafiel; 7,1% em Marco de Canaveses). Para além destes fatores de risco, a análise do mesmo período revelou também a presença de casos de tuberculose associados a neoplasias (5,6%), consumo de drogas (5,6%), diabetes (4,2%), DPOC (4,2%) e infeção por VIH (4,2%) em ambos os concelhos. No concelho do Porto, observou-se uma diminuição na taxa de notificação de tuberculose no quinquénio 2020-2024 (24,1 casos por 100 mil habitantes em comparação com os quinquénios anteriores (24,6 casos por 100 mil habitantes em 2019-2023; 27,9 casos por 100 mil habitantes em 2018-2022). Em 2024, foram reportados 68 casos no concelho do Porto, mais 12 do que no ano anterior. Os principais fatores de risco identificados em 2024 no concelho do Porto foram: infeção por VIH (13,5%), consumo de drogas (10,3%) e consumo de álcool (4,4%).

No distrito de Lisboa, no quinquénio 2020-2024, os concelhos com maior taxa de notificação foram Odivelas (31,8 casos por 100 mil habitantes), Amadora (30,3 casos por 100 mil habitantes), Loures (26,5 casos por 100 mil habitantes) e Lisboa (24,2 casos por 100 mil habitantes) (Anexo 4). Os principais fatores de risco identificados em 2024 nos concelhos de Odivelas e Amadora foram infeção por VIH (12,3%), neoplasias (6,9%), diabetes (4,9%) e consumo de drogas (3,9%).

No distrito de Beja, o concelho de Odemira destaca-se com 60 casos no quinquénio 2020-2024, correspondendo a uma taxa de notificação de 37,6 casos por 100 mil habitantes-ano (Anexo 5) (Figura 4).

1.1.1. Caracterização demográfica dos casos

Aproximadamente dois terços dos casos de tuberculose em 2024 ocorreram em homens (984 de 1536 casos) (Figura 5).

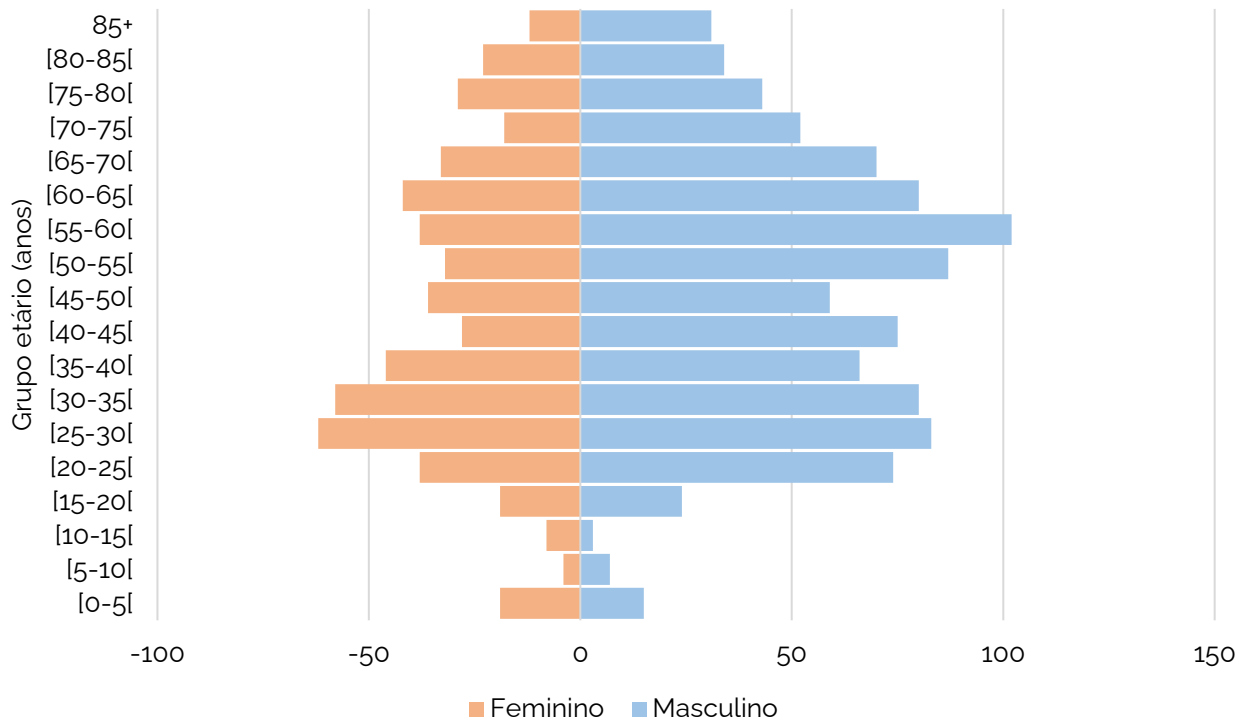
A idade mediana dos casos aumentou progressivamente até 2017, altura em que atingiu os 50 anos. Após um aumento para 52 anos em 2021, a idade mediana voltou a diminuir para 50 anos em 2022, para 48 anos em 2023, e para os 47 anos em 2024 (ver Figura 6).

Nos distritos de maior incidência, a idade mediana em 2024 foi menor no distrito de Lisboa (38 anos) do que no distrito do Porto (53 anos).

No distrito do Porto, no quinquénio 2020-2024, a idade mediana foi de 55 anos em Marco de Canaveses e Porto e de 54 anos em Penafiel. Nos concelhos de maior incidência do distrito de Lisboa, a idade mediana foi de 39 anos em Odivelas, 37 anos na Amadora, 40 anos em Loures, e 43 anos no concelho de Lisboa.

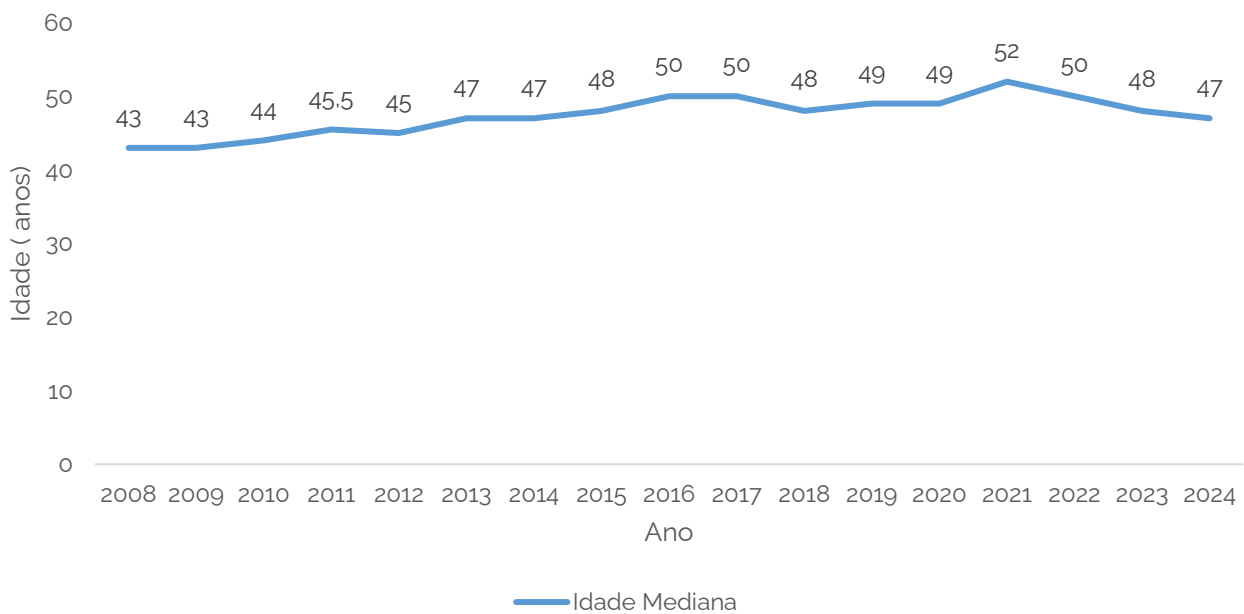
Em 2024, 345 casos ocorreram em pessoas com 65 anos ou mais (22,5% do total) e 43 casos em pessoas com 85 anos ou mais (2,8% do total). A tuberculose pulmonar continua a ser a forma predominante entre os idosos, embora com uma proporção menor em relação ao total de casos (61,7% vs. 68,6%).

Figura 5. Distribuição do número de casos de tuberculose por grupo etário e sexo, 2024



Fonte: SVIG-TB 2025

Figura 6. Evolução da mediana da idade ao diagnóstico, 2008-2024



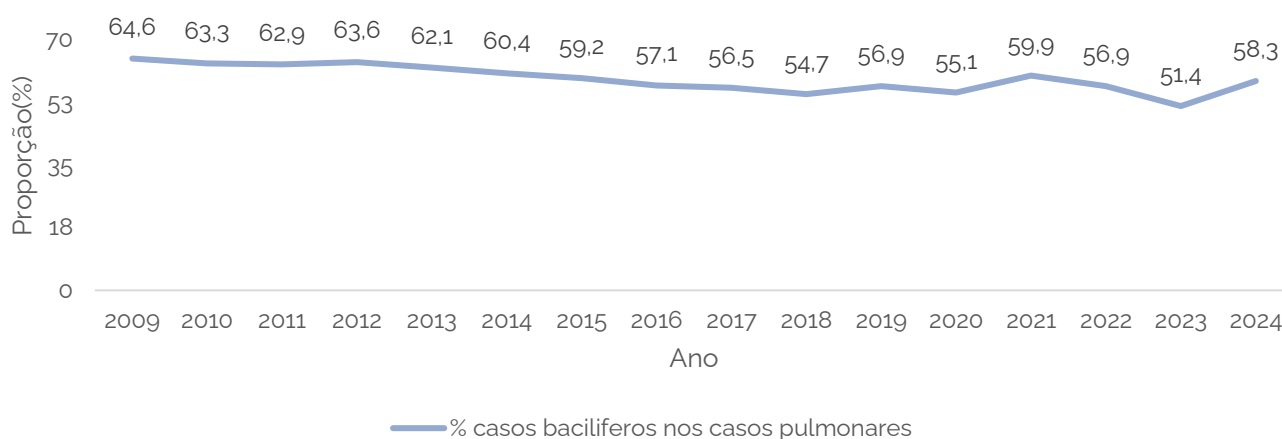
Fonte: SVIG-TB 2025

1.2. Caracterização clínica e bacteriológica dos casos

1.2.1. Manifestação clínica da doença

A forma pulmonar da tuberculose manteve-se como a forma mais frequente (1053 casos, correspondendo a 68,6% do total de casos em 2024). Em 1011 dos 1053 casos (90,7%), o meio de deteção foi por rastreio passivo (presença de sintomas) e cerca de 51,8% apresentavam alterações imagiológicas (forma cavitada). Cerca de 58,3% dos doentes com tuberculose pulmonar eram bacilíferos (com resultado positivo no exame direto das amostras respiratórias), verificando-se que este valor voltou a aumentar quando comparado com 2023 (51,4%) e 2022 (56,9%), atingindo o valor mais próximo ao ano 2021 (Figura 7). Nas formas pulmonares cavitadas, 76,7% (418 casos) eram bacilíferos, significando assim uma maior possibilidade de transmissão da doença.

Figura 7. Evolução da proporção de casos bacilíferos nos casos com tuberculose pulmonar, 2009-2024

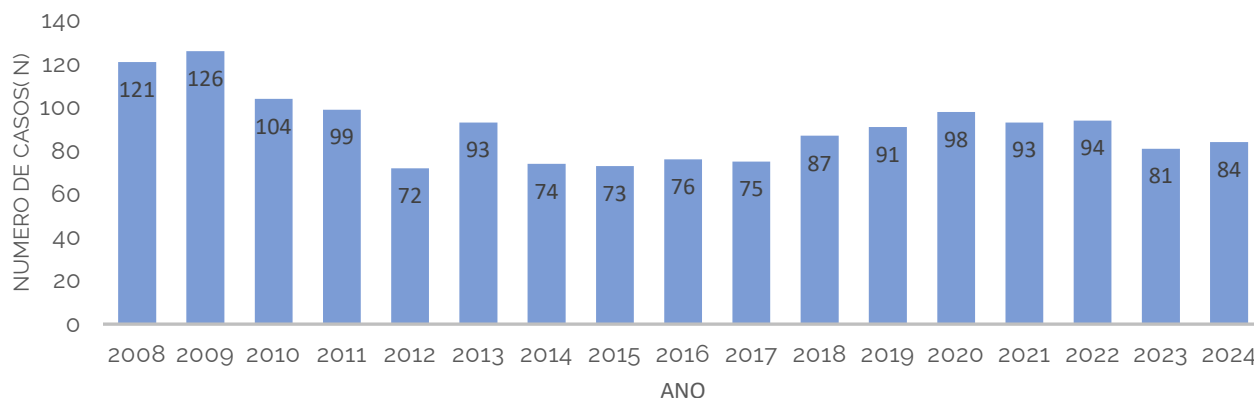


Fonte: SVIG-TB 2025

As formas linfática extratorácica (6,6%) e pleural (6,6%) mantiveram-se como as formas extrapulmonares mais frequentes em 2024. A distribuição por sexo foi equilibrada (50% em cada), com idade mediana de 52 anos. Os principais fatores de risco identificados foram infeção por VIH (6,4%) e diabetes (5,4%). A sintomatologia constituiu o meio de deteção em 80,8% dos casos, verificando-se uma mediana de demora até ao diagnóstico de 81 dias, valor semelhante à mediana nacional.

Em 2024, registaram-se 84 casos de formas graves de tuberculose (disseminada, meningea ou outras do sistema nervoso central), representando 5,5% do total de casos (ver Figura 8). Estas formas ocorreram predominantemente em pessoas que vivem com VIH (OR: 8,9, IC 95%: 5,1-15,6) e na população migrante (OR: 2,3, IC 95%: 1,5-3,6).

Figura 8. Evolução do número de casos de formas graves de tuberculose (disseminada, meningea e do SNC), 2008-2024



Fonte: SVIG-TB 2025

Embora se tenha verificado uma redução nos últimos anos, a mediana da demora total até ao diagnóstico manteve-se em 81 dias em 2024, valor idêntico ao de 2023 (Figura 9). Este indicador integra duas componentes: a demora do doente — desde o início dos sintomas até ao primeiro contacto com os serviços de saúde — e a demora dos cuidados de saúde — desde esse primeiro contacto até à decisão de iniciar tratamento. Uma vez que cada componente é calculada de forma independente sobre conjuntos de casos com dados disponíveis que variam entre si, a demora total não corresponde ao somatório das duas medianas. Em 2024, a demora do doente diminuiu ligeiramente para 41 dias (43 dias em 2023), enquanto a demora dos cuidados de saúde aumentou para 14 dias (13 dias em 2023).

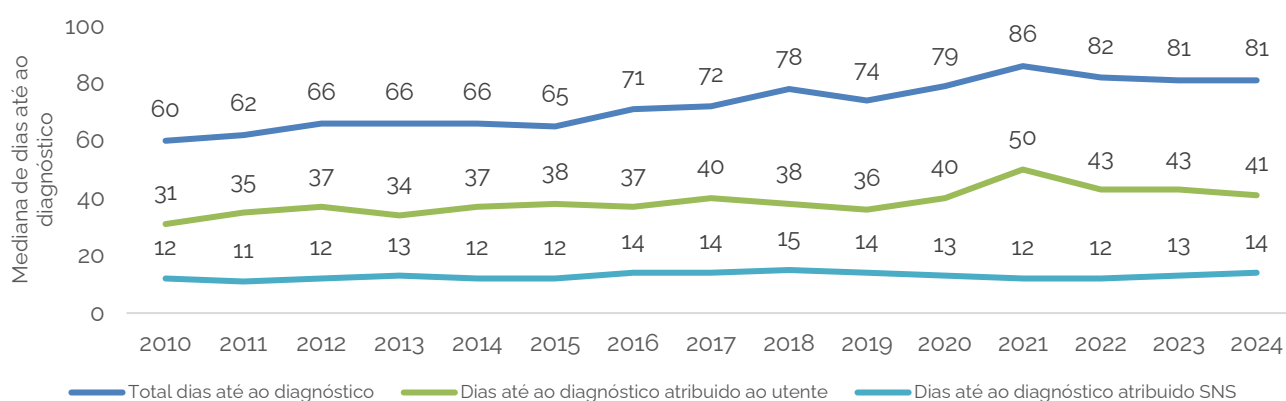
Nas populações com fatores de risco, a mediana da demora total foi superior à nacional, atingindo o valor mais elevado nas pessoas que vivem com VIH (90 dias) e nos utilizadores de álcool (86 dias). Nos restantes grupos vulneráveis, observou-se uma redução expressiva face a 2023, com maior destaque nas pessoas em situação de sem-abrigo (73 dias em 2024 vs. 138 dias em 2023) e nos utilizadores de drogas (72 dias em 2024 vs. 82 dias em 2023) (Figura 10). No que respeita à demora dos cuidados de saúde nestes grupos, registou-se um aumento na população migrante (14 dias em 2024 vs. 9 dias em 2023) e nas pessoas que vivem com VIH (15 dias em 2024 vs. 8 dias em 2023), contrastando com a redução observada na população consumidora de drogas (3 dias em 2024 vs. 12 dias em 2023).

Nos casos de tuberculose pulmonar bacilifera, a mediana da demora total desde o início dos sintomas até ao diagnóstico reduziu para 75 dias (78 dias em 2023). A utilização do teste molecular rápido de deteção de resistências registou uma evolução favorável, com aumento de 38% face a 2023, atingindo 30,1% dos casos de tuberculose pulmonar (316 casos), num percurso progressivo rumo à recomendação de realização universal em amostras positivas.

Por regiões, o Algarve registou a maior demora total (110 dias), com uma demora dos cuidados de saúde de 14 dias. Seguiram-se a Região Autónoma da Madeira (92 e 2 dias, respetivamente), as regiões Norte e de Lisboa e Vale do Tejo (85 e 15 dias), a Região Autónoma dos Açores (75 e 49 dias), o Alentejo (75 e 7 dias) e a região Centro (56 e 15 dias).

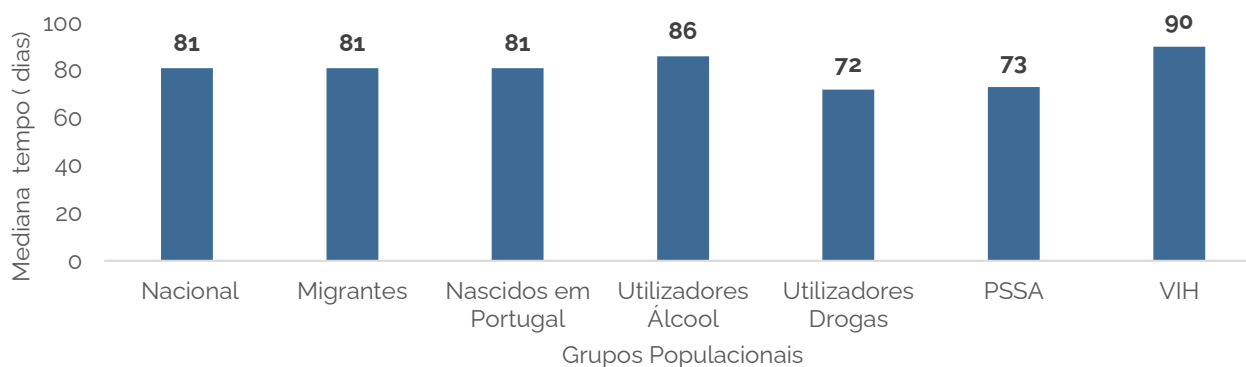
Nos concelhos de maior incidência do distrito do Porto, a demora total foi superior à nacional apenas no concelho do Marco de Canaveses (114 dias). Penafiel e Porto registaram, em 2024, uma demora de cerca de 76 dias. No distrito de Lisboa, os concelhos que apresentaram uma demora total superior à nacional foram Odivelas (103 dias) e Amadora (86 dias). Loures registou uma demora de cerca de 80 dias e Lisboa de 78 dias (Figura 11). Comparando com os dados de 2023, os concelhos de maior incidência (Porto e Penafiel) apresentaram uma redução da demora até ao diagnóstico; contrariamente, os restantes concelhos (Odivelas, Marco de Canaveses, Lisboa, Loures e Amadora) apresentaram um aumento de cerca de 41, 28, 14, 6 e 2 dias, respetivamente. Os dados relativos à demora requerem, contudo, uma análise cautelosa, em virtude da limitada qualidade da informação reportada.

Figura 9. Evolução da mediana de dias até ao diagnóstico de tuberculose, 2010-2024



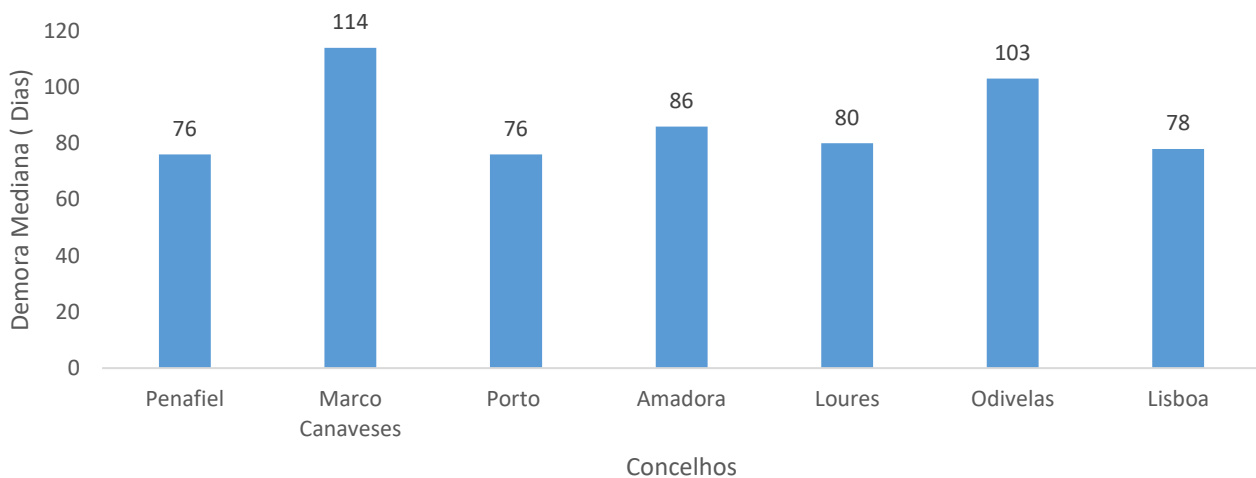
Fonte: SVIG-TB 2025

Figura 10. Mediana do número de dias até diagnóstico, por grupos populacionais, 2024



Fonte: SVIG-TB 2025

Figura 11. Mediana do número de dias até diagnóstico por concelho nos distritos de maior incidência, 2024



Fonte: SVIG-TB 2025

1.2.2. Confirmação laboratorial e resultado do tratamento

De acordo com os dados atuais, em 2024 foram confirmados 900 casos de tuberculose por cultura, microscopia direta ou teste de amplificação de ácidos nucleicos, correspondendo a 58,6% do total de casos. A proporção de confirmação foi superior quando considerados apenas os casos de tuberculose pulmonar – 745 casos (70,8%). No entanto, este valor pode estar subdimensionado devido ao atraso na notificação dos casos de tuberculose. Em 2024, 344 casos foram classificados como prováveis (exame direto ou teste de amplificação de ácidos nucleicos positivos ou exame anatomopatológico compatível) e 292 (19,0%) casos como possíveis (critérios clínicos e/ou imagiológicos).

Em 2024, o sucesso terapêutico entre todos os casos confirmados foi de 66,3%. Embora este valor ainda esteja abaixo do desejado, é superior ao de 2023, que foi de 56,4% no mesmo período. Atualmente, o valor em 2023 é de 70,3% (Figura 12). A análise do sucesso terapêutico resulta da notificação do término do tratamento (preenchimento do formulário 2), o que por vezes ocorre tardiamente, com consequente implicação no valor obtido.

Após exclusão dos doentes classificados como "em tratamento" e que correspondem a 21,8% dos casos notificados, o sucesso terapêutico foi de 82,1% (79,4% em 2023). Verificou-se que 7,8% interromperam o tratamento. Em 5,9% dos casos verificou-se transferência/emigração do doente, reduzindo-se assim o valor verificado nesta parcela em 2023 (8,7%) e que contribui para o menor sucesso no tratamento nesse ano (Tabela 3).

Estratificando por localização principal da doença, em 2024, verificou-se maior proporção de casos com sucesso terapêutico nas formas extrapulmonares (85,9%) do que na forma pulmonar (80,4%). O sucesso terapêutico foi também superior na população nascida em Portugal (84,9%) quando comparada com a população migrante (77,7%), podendo este fator ser explicado pela proporção de interrupções ao tratamento por parte da população migrante (11,4% vs. 5,6% na população nascida em Portugal), bem como com a

emigração (10,1% vs 3,3% na população nascida em Portugal).

Analisando o sucesso terapêutico por região, verificou-se que apenas nas regiões do Algarve (77,6%) e Lisboa e Vale do Tejo (75,1%) apresentaram um sucesso terapêutico inferior ao verificado a nível nacional (82,1%). As restantes regiões apresentaram valores superiores ao valor nacional, com a região Norte a atingir um sucesso terapêutico de 85,9%, a região Autónoma da Madeira (94,7%), região Centro 96,2%, Alentejo 83,3% e a região Autónoma dos Açores 100% (apenas 7 casos notificados). Relativamente à faixa etária, apenas os doentes com idade igual ou superior a 80 anos, obtiveram um sucesso terapêutico abaixo dos 70% (66,7% nos casos com idade entre os 80-84 anos e 65,7% nos casos com 85 ou mais anos). Todas as restantes faixas etárias apresentaram valores superiores, com os casos com idade entre os 0-24 anos a apresentarem valores superiores a 80% de sucesso terapêutico. Acima dessa faixa etária, o sucesso foi mais frequente nos casos com idade entre os 70-74 anos (89,7%).

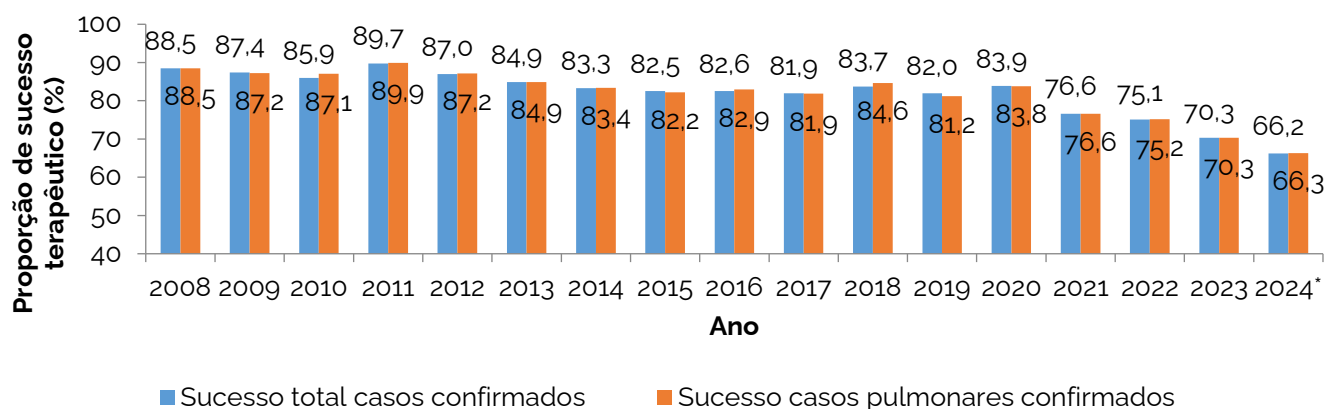
De acordo com os dados registados no SVIG-TB, em 2024 registaram-se 50 mortes por tuberculose (83 casos em 2023 vs. 93 em 2022), dados SVIG-TB 2025. Do total dos óbitos registados, 94,1% corresponderam a novos casos, com uma idade mediana de 73 anos (73 anos em 2023 vs 70 anos em 2022). Relativamente aos fatores de risco associados aos óbitos por tuberculose, destacam-se a diabetes (16,0%), a coinfeção TB/VIH (14,0%), neoplasias (14,0%), DPOC (12,0%) e o consumo de álcool (10,0%). Foram ainda identificados outros fatores de risco, como ser morador em residências comunitárias (8,0%), viver com doença hepática (4,0%) ou o consumo de drogas (2,0%). Ocorreram ainda 6 óbitos na população migrante. De referir que a totalidade dos doentes em que ocorreu o óbito apresentavam um ou mais fatores de risco.

Tabela 3. Motivo de término de tratamento (excluídos doentes que ainda se encontram "em tratamento"), 2023 e 2024

Outcome do tratamento*	2023		2024	
Tratamento Concluído	1127	79,4%	986	82,1%
Insucesso terapêutico	1	0,1%	0	0
Interrupção ou Abandono	109	7,7%	94	7,8%
Transferência ou Emigração	99	7,0%	71	5,9%
Morte	83	5,8%	50	4,2%
Total	1419	100%	1201	100,0%

Fonte: SVIG-TB 2024 *excluídos doentes que ainda se encontram em tratamento

Figura 12. Evolução do sucesso terapêutico, 2000-2024



Fonte: SVIG-TB 2025 * Dados provisórios para o ano 2023

1.2.3. Retratamento

Em 2024, os retratamentos corresponderam a 7,7% dos casos notificados, com idade mediana superior à dos casos novos (51 anos vs 47 anos). A distribuição por sexo e país de origem foi semelhante à dos casos novos, com predomínio de homens (67%) e presença significativa de migrantes (37,3%).

Do total dos doentes com retratamento no ano de 2024, 50,0% tinham registo de tratamento prévio concluído, 22,9% tratamento anterior interrompido, 3,4% insucesso terapêutico e 23,7% com resultado de tratamento desconhecido.

1.3. Tuberculose infantil

A vigilância e monitorização dos casos de tuberculose infantil são realizadas através das plataformas SVIG-TB e SINAVE para o grupo etário de 0-5 anos. Para o grupo etário de 6-14 anos, é utilizado exclusivamente o SVIG-TB.

1.3.1. Grupo etário 0-5 anos

Em 2024, foram notificados 19 casos de tuberculose em crianças com idade igual ou inferior a 5 anos, correspondendo a uma taxa de incidência de 3,7 casos por 100 mil crianças deste grupo etário. Houve uma diminuição na taxa de incidência em comparação com 2023 (5,2 casos por 100 mil) e 2022 (6,2 casos por 100 mil) (Figura 13). Sete das crianças (36,8%) notificadas com tuberculose neste grupo etário estavam vacinadas com Bacillus Calmette-Guerin (BCG). A confirmação da doença por identificação microbiológica foi possível em 9 crianças (47,4%).

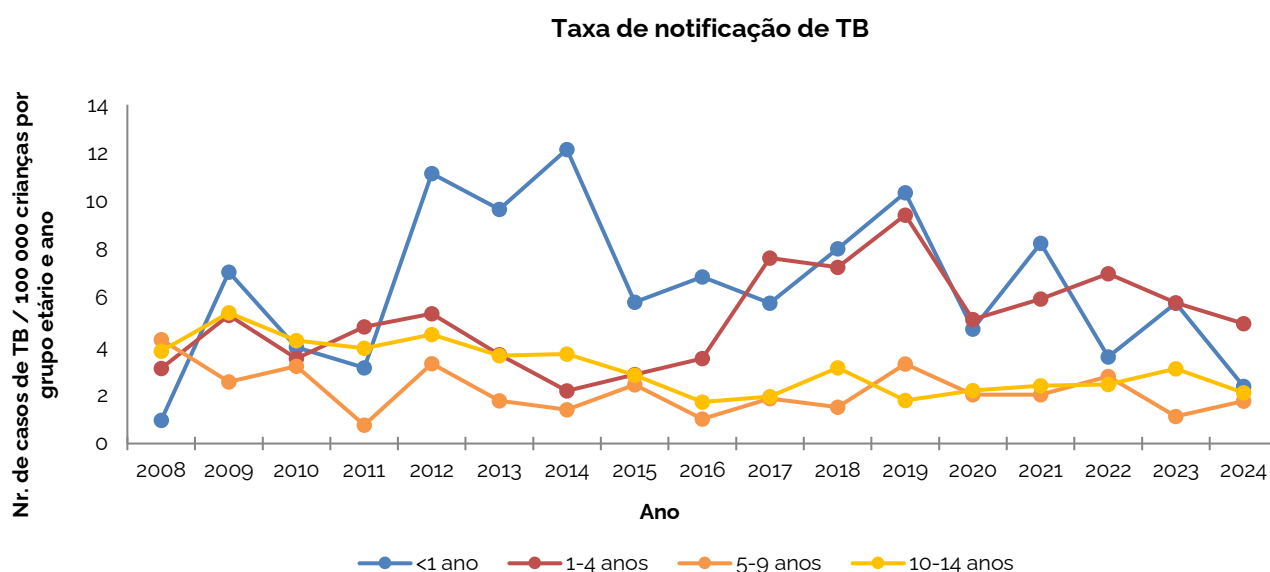
Os distritos de Lisboa e Porto registaram a maior proporção de casos de tuberculose neste grupo etário (42,1% e 26,3%, respetivamente). O distrito de Setúbal foi o terceiro mais afetado, com 15,8% dos casos.

A forma de apresentação mais frequente da doença foi a forma pulmonar (n=12; 63,2%). Registaram-se dois casos de forma disseminada da doença (10,5%), não tendo sido notificados casos de tuberculose meningea (Figura 14).

A maioria dos casos de tuberculose neste grupo etário, ocorreu em crianças nascidas em Portugal (n=23; 85,2%), registando-se também casos em crianças provenientes da Guiné-Bissau, Índia e Paquistão.

Em 2024 não se registaram mortes em crianças com idade inferior a 6 anos.

Figura 13. Taxa de incidência por 100 mil habitantes de tuberculose infantil, 2008-2024



Fonte: SVIG-TB e SINAVE 2025

1.3.2. Grupo etário 6-14 anos

No grupo etário dos 6 aos 14 anos, foram notificados 18 casos de tuberculose em 2024, correspondendo a uma taxa de incidência de 2.1 casos por 100 mil crianças, verificando-se um valor igual a 2023 (taxa de incidência de 2.1 casos por 100 mil crianças) e superior a 2022 (taxa de incidência de 2 casos por 100 mil crianças). Oito crianças estavam vacinadas com BCG (44,4%), percentagem superior à observada em 2023 (38,8%). A confirmação microbiológica ocorreu em 9 crianças (50%), um aumento da percentagem de identificação microbiológica neste grupo etário face ao registado em 2023 (22,2%).

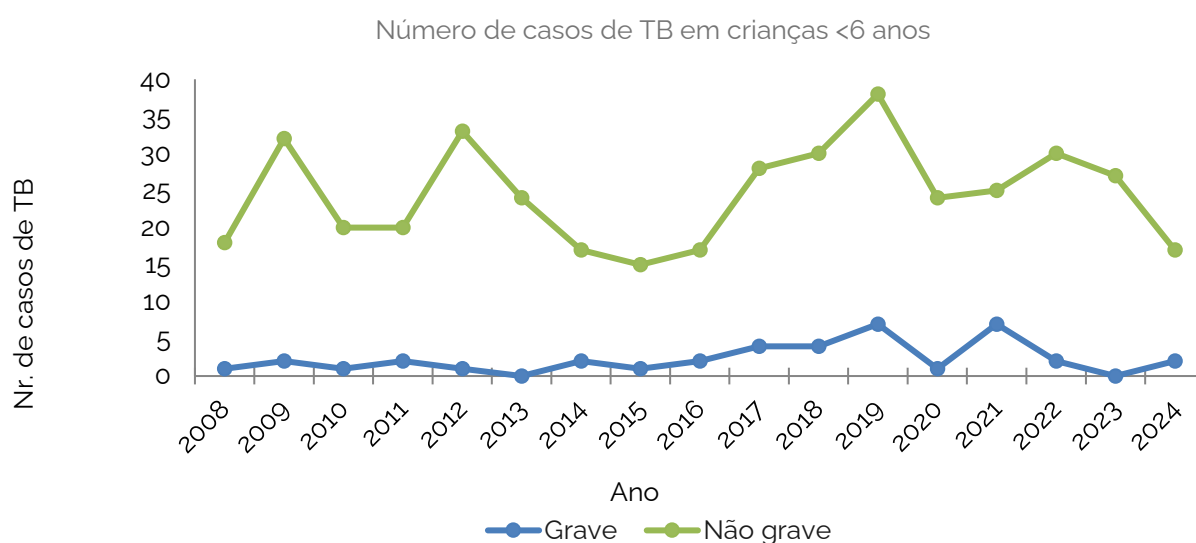
Relativamente à distribuição geográfica, foi no distrito de Lisboa que se registou o maior número de casos (n=7; 38,9%), seguindo-se os distritos de Setúbal (n=5; 27,8%) e Porto (n=3; 16,7%).

A localização pulmonar foi a forma mais frequente da doença (n=5; 27,8%) simultaneamente à localização pleural (n=5; 27,8%) e linfática extratorácica (n=5; 27,8%). Foram notificados um caso de forma meningea (5,6%) e um caso de forma disseminada (5,6%) neste grupo etário.

A maioria dos casos (n=11; 61,1%) ocorreu em crianças não nascidas em Portugal, naturais de Angola (n=2; 11,1%), Guiné-Bissau (n=2; 11,1%), Índia (n=2; 11,1%), Brasil, Cabo Verde, Paquistão, China e República Democrática do Congo. Este dado é semelhante ao observado em 2023 (61,1% dos casos ocorridos em crianças não nascidas em Portugal) e contrasta com o observado em 2022 (36,8% dos casos ocorridos em crianças não nascidas em Portugal).

Em 2024, tal como em 2023, não ocorreu nenhuma morte por tuberculose em crianças dos 6 aos 14 anos de idade.

Figura 1.4. Evolução do número de casos de tuberculose grave e não grave, em crianças com idade inferior a 6 anos, 2008-2024



Fonte: SVIG-TB e SINAVE 2025

1.4. Resistência aos fármacos antibacilares

Em 2024, foram obtidos resultados de testes fenotípicos de suscetibilidade aos antibacilares de primeira linha para 609 casos (67,7% dos casos confirmados). Adicionalmente, foram realizados testes moleculares para a isoniazida e a rifampicina em 78 casos. Os resultados destes testes estão apresentados na Tabela 4, enquanto a Figura 14 demonstra a evolução de resistência aos dois principais antibacilares de primeira linha: a isoniazida e a rifampicina.

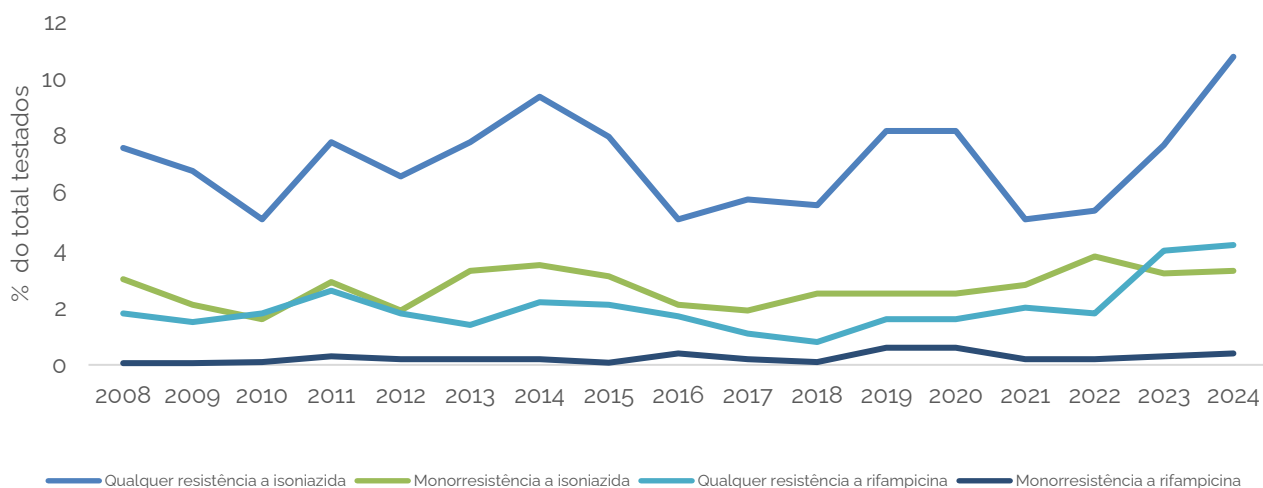
Tabela 4. Resistências aos fármacos antibacilares de 1ª linha, 2024 (nº, % dos testados)

Fármaco	Isoniazida	Rifampicina	Pirazinamida	Etambutol	Estreptomicina
Qualquer Resistência*	74 (10,8%)	29 (4,2%)	45 (7,4%)	20 (3,3%)	70 (11,5%)
Monorresistência	23 (3,3%)	3 (0,4%)	17 (2,8%)	0 (0%)	34 (5,9%)

Fonte: SVIG-TB 2025

* Resistência combinada com outras resistências aos antibacilares de primeira linha

Figura 15. Evolução de casos de tuberculose resistente à isoniazida e rifampicina, 2008-2024 (%)



Fonte: SVIG-TB 2025

1.4.1. Tuberculose resistente à isoniazida

A proporção de resistência à isoniazida combinada com outras resistências aos antibacilares de primeira linha demonstra de um aumento progressivo desde 2021, quando se registou uma proporção de 5,1%. As proporções das outras resistências mantenham-se consistentes (Figura 15).

A resistência à isoniazida, sem resistência adicional à rifampicina, foi notificada em 7,1% dos casos testados. A idade mediana dos casos foi de 47 anos, tendo 57,1% dos casos ocorrido entre indivíduos nascidos em Portugal. Apenas 8,2% dos casos tinham histórico de tratamento prévio para tuberculose, 10,2% eram portadores do VIH e 83,7% apresentavam tuberculose pulmonar. A maioria dos casos foi notificada nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo (44,9%) e do Norte (36,7%).

1.4.2. Tuberculose resistente à rifampicina (RR) ou multirresistente (MR)

A resistência à rifampicina é um indicador importante da tuberculose multirresistente (TBMR), definida como tuberculose causada por uma estirpe do complexo *Mycobacterium tuberculosis* resistente à rifampicina e à isoniazida, dado que a rifampicina é um pilar fundamental do tratamento de primeira linha da tuberculose e a resistência a este fármaco está fortemente associada à resistência à isoniazida. Por conseguinte, a tuberculose resistente à rifampicina (TBRR) é clinicamente tratada como TBMR e requer esquemas de tratamento mais

longos e complexos com antibacilares de segunda linha.

A vigilância e monitorização dos casos de tuberculose com resistência à rifampicina e de tuberculose multirresistente (TBRR/MR) são realizadas através das plataformas SVIG-TB e SINAVE, bem como pelo Laboratório Nacional de Referência de Micobactérias do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA).

Em 2024, foram notificados 36 casos de TBRR/MR, o que demonstra um aumento consecutivo desde 2022 e representa um acréscimo de 63,6% face aos casos notificados em 2023 (Figura 16). Vinte e cinco casos (69,4%) ocorreram em homens. A idade mediana dos doentes foi de 32 anos, o que representa uma diminuição de 47% face aos 47 anos registados em 2023. Foi diagnosticado um caso numa criança de quatro anos, natural de Angola.

Onze casos (31,4%) ocorreram em pessoas nascidas em Portugal. Entre os 24 casos registados em migrantes, o maior número ocorreu em pessoas provenientes de Angola (11), Brasil (3) e Guiné-Bissau (3), tal como nos casos notificados de tuberculose suscetível.

A forma predominante da doença foi a tuberculose pulmonar (66,7% dos casos). Dois casos apresentavam coinfeção por VIH. Em cinco casos (13,9%) há registo de tratamento prévio de tuberculose.

A maioria dos casos (23/63,9%) foi notificada na região de Lisboa e Vale do Tejo, o que é semelhante ao que se observou no ano de 2023 (63,3%). Oito casos (22,2%) foram notificados na região Norte, três casos (8,3%) no Algarve, um caso (2,8%) no Centro e um caso (2,8%) no Alentejo.

1.4.3. Resistência a fluoroquinolonas, tuberculose pré- e extensivamente resistente (TB pré-XDR/XDR)

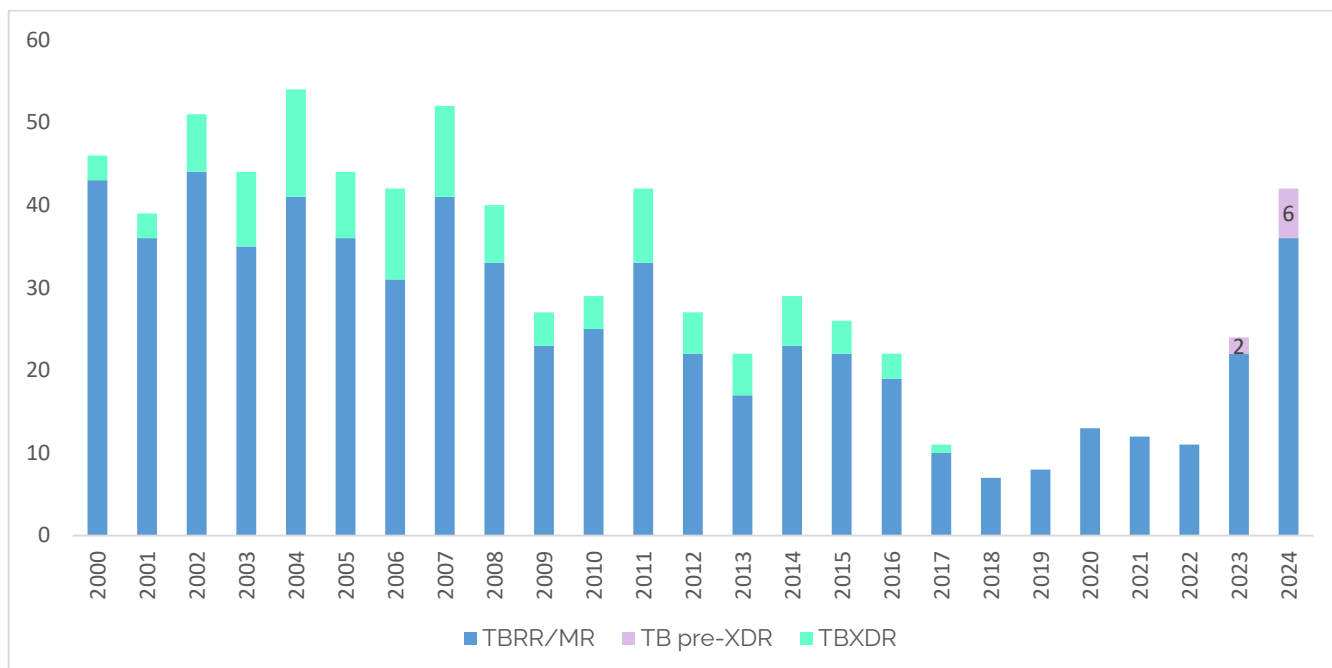
Desde 2021, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define tuberculose causada por uma estirpe do complexo *Mycobacterium tuberculosis* resistente à rifampicina (e que também pode ser resistente à isoniazida), com resistência adicional a pelo menos uma fluoroquinolona (levofloxacina ou moxifloxacina) como TB pré-XDR.

Tuberculose causada por uma estirpe do complexo *Mycobacterium tuberculosis* resistente à rifampicina (e que também pode ser resistente à isoniazida), com resistência adicional a pelo menos uma fluoroquinolona (levofloxacina ou moxifloxacina) e a pelo menos um outro fármaco do "Grupo A" (bedaquilina ou linezolida) é definida com TBXDR ¹

Em 2024, foram notificados seis casos de TB pré-XDR, representando um aumento de 66,7% em relação aos casos notificados em 2023 (Figura 16). A resistência combinada a fluoroquinolonas e fármacos de segunda linha foi observada em 23% dos casos analisados, consistentes com padrões já registados em anos anteriores. Nenhum caso de TBXDR resistente foi identificado.

¹ (WHO consolidated guidelines on drug resistant TB).

Figura 16. Evolução do número de casos de tuberculose multirresistente (MR), tuberculose pré- e extensivamente resistente (TB pre-XDR/XDR), 2000-2024



Atualmente estão disponíveis testes fenotípicos para o linezolide e clofazimina, o que permite orientar estratégias de tratamento mais eficazes. No entanto, para prever resistência à bedaquilina, delamanida e pretomanida é necessário recorrer a metodologias de sequenciação do genoma total.

1.4.4. Sequenciação do Genoma Total (WGS)

A sequenciação do genoma total (WGS) tornou-se uma ferramenta essencial para os programas nacionais de controlo da tuberculose, permitindo complementar a vigilância fenotípica tradicional com informação de elevada resolução. Através da identificação precisa de mutações associadas a resistência, bem como da análise da proximidade genética entre estirpes, a análise dos dados de WGS oferece uma capacidade superior para detetar cadeias de transmissão, monitorizar a emergência de estirpes multirresistentes e orientar intervenções de saúde pública mais rápidas e direcionadas. Esta abordagem é particularmente relevante num contexto de aumento de casos de TBMR, pré-XDR e XDR, reforçando a importância de integrar metodologias genómicas na rotina laboratorial e epidemiológica. Em 2024, foram sequenciadas 27 estirpes (TBRR/MR/pré-XDR), permitindo identificar mutações de resistência e relações genéticas entre isolados.

1.4.5. Análise dos casos de TB RR/MR sujeitos a WGS

Em 2024, foram sequenciadas 27 estirpes de TBRR/MR/pré-XDR (75 % do total de casos notificados), permitindo identificar mutações de resistência e relações genéticas entre isolados e enquadrando-as num conjunto histórico de 200 estirpes RR/MR em estudo desde 2013 (Tabela 5). Tendo em conta a ausência de capacidade fenotípica para testagem dos fármacos mais recentemente introduzidos, foram analisados, em detalhe, os marcadores de resistência associados a resistência aos vários grupos dos antibacilares usados no tratamento

de 1ª e 2ª linha (Tabela 5). De salientar a ausência de mutações relacionadas com resistência ao linezolid, bedaquilina, delamanida e pretomanida.

Tabela 5. Descrição da amostragem de casos de TBRR/MDR e perfil de resistência *in silico* analisada por WGS 2013-2024.

Ano	Nº. TBRR	Nº. TBMR	Nº. TB préXDR	Nº. TB XDR	Nº. FQ-R	Nº. AMG-R	Nº. LNZ-R	Nº. BDQ-R	Nº. CFZ-R	Nº. DLM-R	Nº. PTO-R
2013	0	13	5	0	5	7	0	0	0	0	0
2014	0	22	4	0	4	5	0	0	0	0	0
2015	0	18	2	0	2	4	0	0	0	0	0
2016	0	17	3	0	3	6	0	0	0	0	0
2017	0	10	2	0	2	1	0	0	0	0	0
2018	0	19	11	0	11	2	0	0	0	1	1
2019	4	7	1	0	1	3	0	0	0	0	0
2020	0	16	5	0	5	2	0	0	0	0	0
2021	1	12	4	0	4	4	0	0	0	0	0
2022	2	8	1	0	1	3	0	0	0	0	0
2023	4	18	2	0	2	4	0	0	0	0	0
2024	3	24	6	0	6	7	0	0	0	0	0

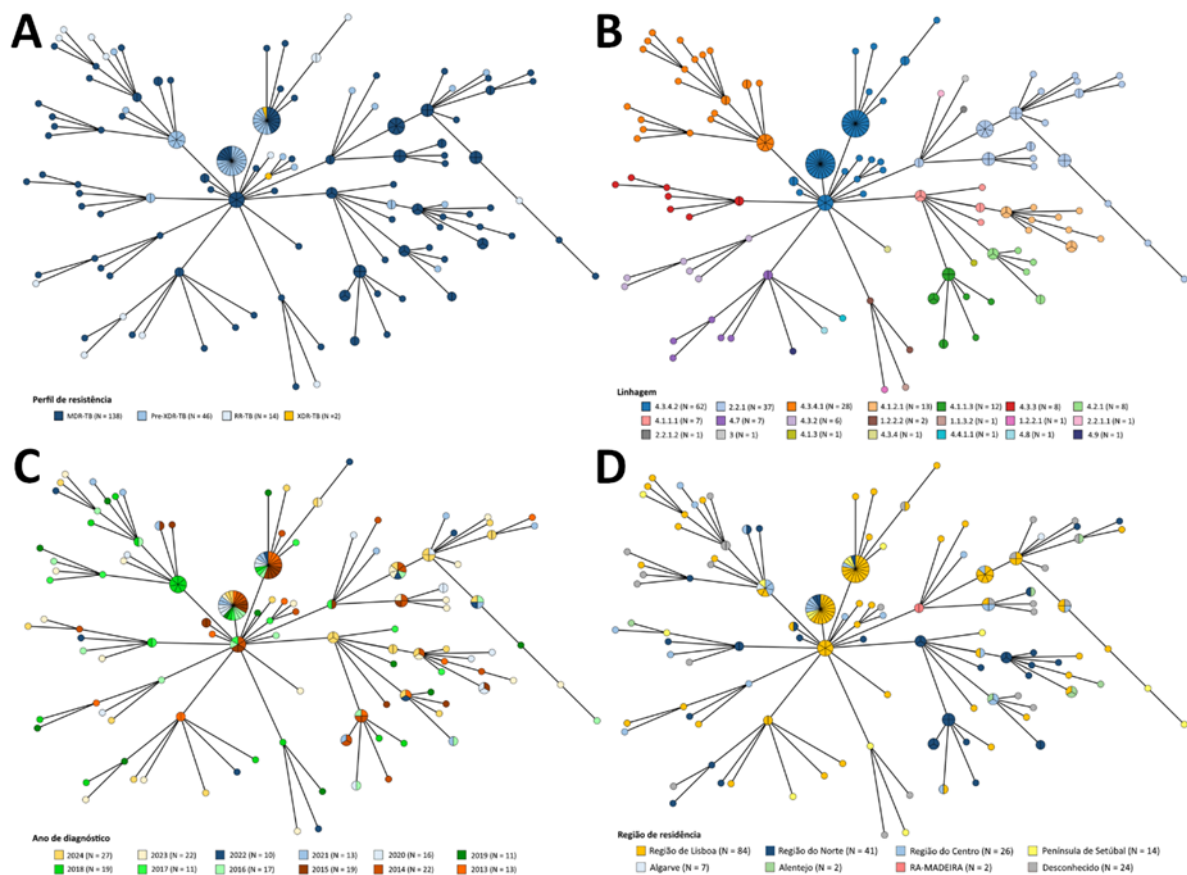
TBMR – Tuberculose multirresistente; TBXDR – Tuberculose extensivamente resistente; TB pré-XDR – Tuberculose pré-extensivamente resistente; TBRR – Tuberculose resistente à rifampicina; FQ – fluoroquinolonas; AMG – aminoglicosídeos; LNZ – linezolid; BDQ – bedaquilina; CFZ – clofazimina; DLM – delamanida; PTO – pretomanida.

Para análise detalhada dos casos de TBRR/MR em circulação (N=200), construiu-se uma árvore filogenética identificando clusters genéticos com até 12 SNP de diferença. A Figura 17 apresenta as relações moleculares encontradas: perfil de resistência (17A), linhagens (17B), ano de diagnóstico (17C) e região de residência (17D).

Identificaram-se dois grandes clusters (18 e 21 estirpes) incluindo doentes com características demográficas variadas e diferentes perfis de resistência. É fundamental correlacionar os dados moleculares com links epidemiológicos entre doentes, para confirmar eventos de transmissão ou persistência de estirpes multirresistentes.

As estirpes pertencem maioritariamente à linhagem 4 (78,0%), particularmente às sub-linhagens 4.3.4.2 (31,0%) e 4.3.4.1 (14,0%), seguidas da linhagem 2 (18,5%). Embora a maioria dos casos recentes ocorra em pessoas nascidas fora de Portugal, mantém-se a prevalência da linhagem LAM (linhagem 4).

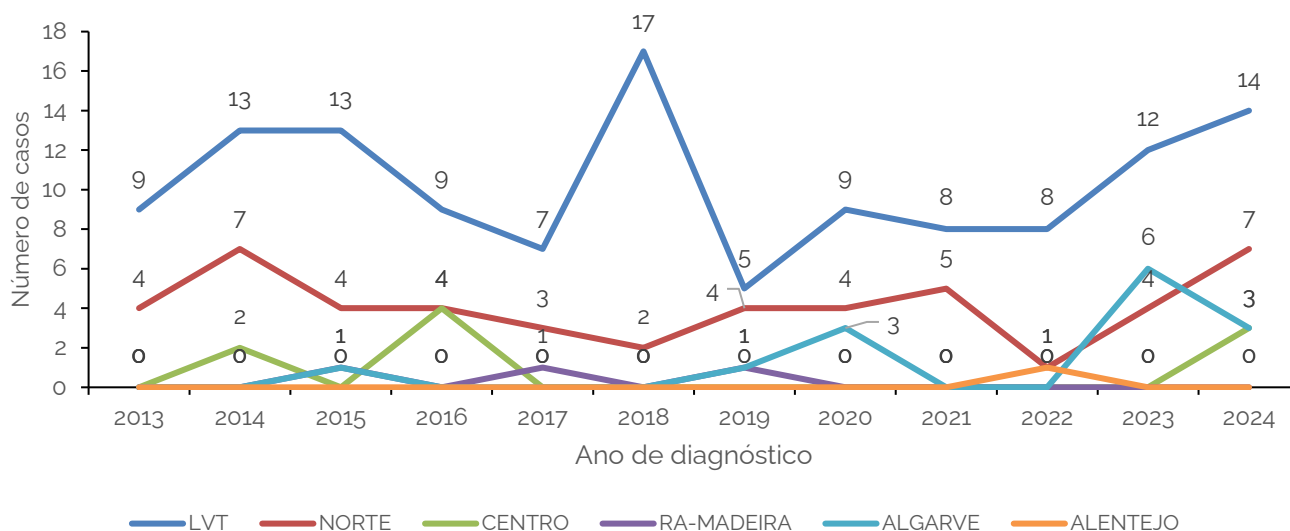
Figura 17. Filogenia global de todas as estirpes associadas a tuberculose multirresistente sujeitas à sequenciação do genoma total no LNR-TB (N=200)



A árvore filogenética (MST, *minimum spanning tree*) foi gerada a partir dos sítios variáveis (SNPs) partilhados por todas as estirpes em relação ao genoma de referência de *M. tuberculosis* H37Rv. Cada nó da árvore corresponde a uma ou a um conjunto de estirpes, estando destacado por cores (A) o perfil de resistência observado, (B) as diferentes linhagens, (C) o ano de diagnóstico e (D) a região de residência de cada um dos doentes. Para efeitos de visualização, todas as estirpes que apresentam uma distância até 12 SNPs foram colapsadas num mesmo nó da árvore, de forma a destacar clusters genéticos com possíveis relações epidemiológicas. RA – Região Autónoma; XDR-TB – Tuberculose extensivamente resistente; MDR-TB – Tuberculose multirresistente; Pré-XDR-TB – Tuberculose pré-extensivamente resistente; RR-TB – Tuberculose resistente à rifampicina

No total dos casos de TBRR/MR diagnosticados entre 2013 e 2024, a maioria continua a ocorrer na região de LVT (62,0%), seguido da região Norte (24,5%), e Algarve (7,0%). Desde 2022 observa-se uma tendência crescente no número de casos nas regiões de LVT, Norte e Algarve, e destaca-se o ressurgimento na região Centro que não registava casos desde 2017.

Figura 18. Tendência do número de casos de TBRR/MR ao longo dos anos por região de saúde. LVT – Lisboa e Vale do Tejo; RA – Região Autónoma.



1.4.6. Sucesso terapêutico

O sucesso terapêutico dos casos de TBMR é analisado ao fim de 2 anos. Dos doentes que iniciaram tratamento em 2022, 71 % completaram o tratamento. Todos os doentes cumpriram esquema terapêutico completamente oral de longa duração recomendado pela OMS. O tempo mediano em tratamento foi de 20 meses

1.5. Tuberculose em populações vulneráveis

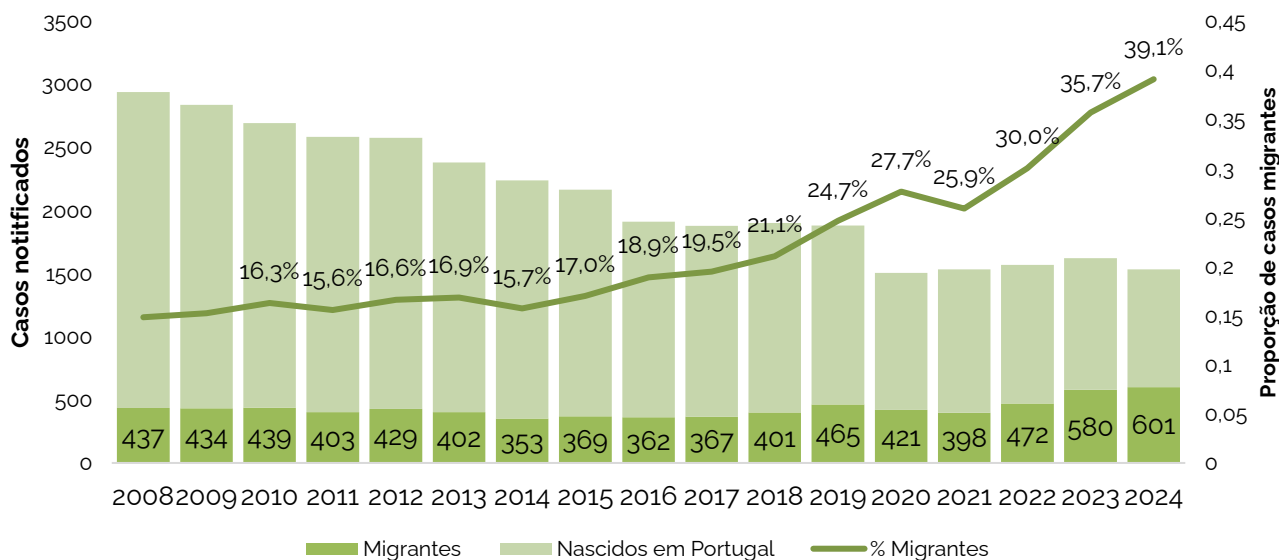
1.5.1. Tuberculose na população migrante

Embora em Portugal a maioria dos casos de tuberculose ocorra na população nascida em Portugal, a proporção de casos em migrantes tem tido uma tendência crescente, com 39,1% no total de casos notificados em 2024 (Figura 17). A taxa de notificação em migrantes foi de 38,9 casos por 100 mil habitantes em 2024 (44,8 casos por 100 mil habitantes em 2023), ou seja, 2,7 vezes superior à da população em geral.

Esta diminuição da taxa de notificação em 2023 e 2024 reflete o aumento da população migrante com o estatuto legal de residência, de acordo com os dados disponibilizados pelo AIMA no Relatório Intercalar "Recuperação de Processos Pendentes na AIMA. População Estrangeira em Portugal" (1 546 521 migrantes em 2024 vs 1 293 463 migrantes em 2023 vs. 994 011 migrantes em 2022). Dos 601 casos notificados, 278 casos (46,3%) pertenceram a migrantes com entrada em Portugal há menos de 2 anos (Figura 19).

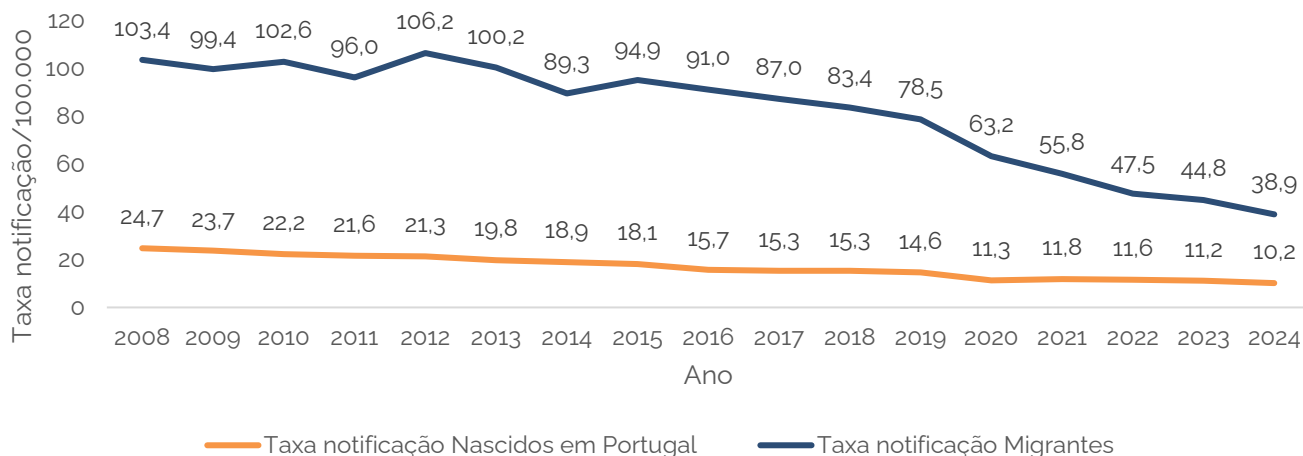
A idade mediana entre migrantes foi de 33 anos (35 anos em 2023; 37 anos em 2022), inferior em 14 anos à mediana nacional (47 anos) e em 24 anos à dos casos nascidos em Portugal (57 anos). A distribuição por género e localização da doença foi semelhante à dos casos nacionais (61,1% homens; 66,1% localização pulmonar).

Figura 19. Evolução dos casos de tuberculose na população migrante em comparação com população nascida em Portugal, 2008-2024



Fonte: SVIG-TB 2025

Figura 20. Evolução da taxa de notificação na população migrante em comparação com população nascida em Portugal, 2008-2024



Fonte: SVIG-TB 2025

À semelhança dos anos anteriores, o maior número de casos de tuberculose em migrantes ocorreu em cidadãos provenientes de Angola (146), seguido de Guiné-Bissau (95 casos) e Brasil (80 casos) (Figura 21). Os países de língua oficial portuguesa representam 66,9% dos países de origem dos casos na população migrante.

Dos 601 casos notificados, 413 casos (68,7%) ocorreram em Lisboa e Vale do Tejo. Nesta região, bem como no Alentejo e Algarve, a proporção de casos notificados em pessoas oriundas de outros países foi superior à verificada a nível nacional (39,1%) (Tabela 6).

Nas regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, predominaram os casos em cidadãos oriundos da Guiné-Bissau, Angola e Brasil. Na região do Alentejo, verificou-se maior proporção em migrantes oriundos do Nepal (37,5%) e Índia (18,8%). No Algarve 13,9% dos casos notificados foram em cidadãos brasileiros e nepaleses, seguindo-se os cidadãos provenientes de Angola, Roménia e Guiné-Bissau (11,1%).

Do total de casos em migrantes notificados em 2024, 54,4% ocorreram no distrito de Lisboa e 9,8% em Setúbal (Tabela 7).

No distrito de Lisboa, a população migrante representa a maior proporção de casos notificados, com aumento progressivo: 51,0% em 2022, 55,7% em 2023 e 66,5% em 2024. No Porto, a proporção de casos em migrantes mantém-se elevada (15,0% em 2024), após tendência crescente nos anos anteriores (5,5% em 2021, 9,4% em 2022 e 16,3% em 2023). Em Beja, apesar da redução do número absoluto de casos em 2024, a população migrante mantém-se como o grupo com maior proporção: 68% em 2022, 61,8% em 2023 e 58,3% em 2024.

Nos concelhos de maior incidência do distrito de Lisboa e Vale do Tejo, observou-se em 2024 elevada proporção de casos em migrantes: 73,4% na Amadora, 69,9% em Lisboa e 66,1% em Loures, valores que representam um aumento face à média de 64,8% registada nestes três concelhos em 2023. Odivelas constituiu exceção, apresentando diminuição de 71,7% em 2023 para 58,5% em 2024.

No concelho de Odemira (distrito de Beja), os migrantes representaram 77,8% dos casos, mantendo-se esta proporção elevada nos últimos anos após aumento acentuado entre 2021 (33,3%) e 2023 (81,8%).

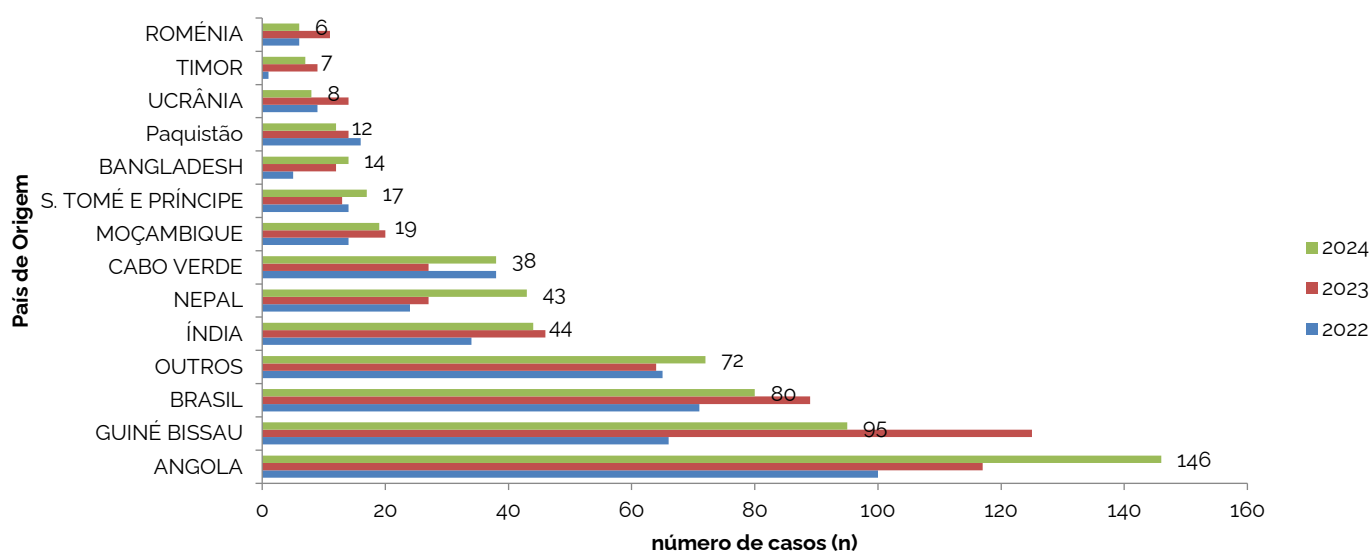
Em 2024, a mediana de dias entre o início de sintomas e o início do tratamento foi sobreponível na população migrante e na população nascida em Portugal igualando assim a mediana nacional (81 dias) (Figura 22). Este indicador volta assim a aumentar ligeiramente e ficar sobreponível à mediana de dias verificada em 2022. Relativamente aos fatores de risco na população migrante, destacam-se a infeção por VIH (10,5%), a diabetes (3,8%) e a residência comunitária (4,8%) (Figura 23). Em contrapartida, em 2024, registou-se uma diminuição na proporção de casos, entre os migrantes, associados ao consumo de álcool (2,8% em 2024 vs 4,8% em 2023).

Tabela 6. Distribuição dos casos de tuberculose em migrantes por região, 2024

	2024	
	N.º casos em migrantes	% total de casos
Norte	105	17,3%
Lisboa e Vale do Tejo	413	62,6%
Algarve	36	45,0%
Alentejo	16	43,2%
Centro	29	23,0%
Região Autónoma da Açores*	0	0,0%
Região Autónoma da Madeira	2	10,0%

Fonte: SVIG-TB 2024 * Dados com subregisto

Figura 21. Distribuição do número de casos de tuberculose em migrantes por país de origem, 2021-2024



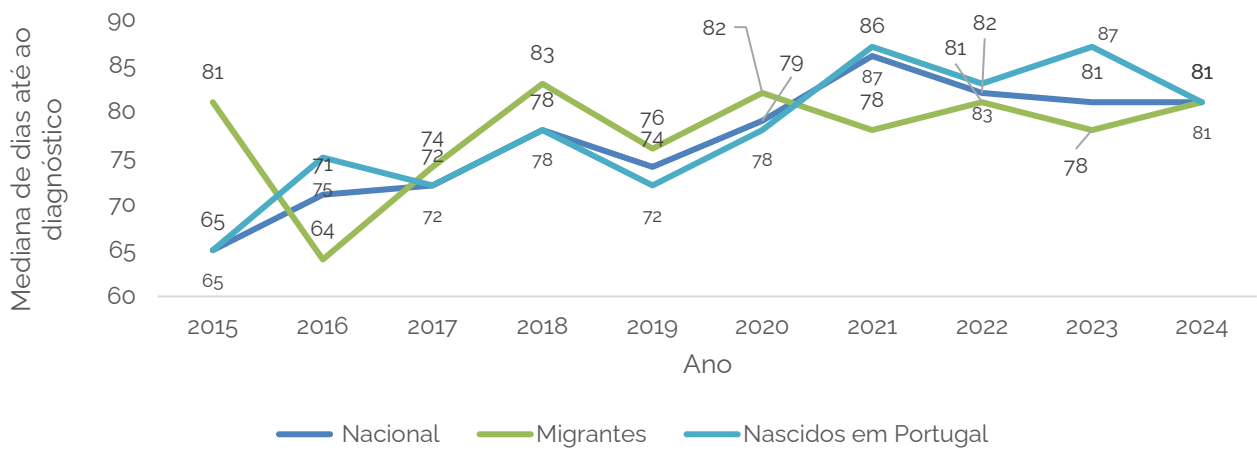
Fonte: SVIG-TB 2025

Tabela 7. Distribuição dos casos de tuberculose em migrantes por distrito, 2023 e 2024

Distrito	% 2023	% 2024
Aveiro	3,4%	3,0%
Beja	4,2%	2,3%
Braga	3,2%	5,0%
Bragança	1,4%	0,8%
Castelo Branco	0,9%	0,7%
Coimbra	0,9%	0,8%
Évora	0,0%	0,0%
Faro	6,7%	6,0%
Guarda	0,4%	0,0%
Leiria	2,7%	1,5%
Lisboa	52,8%	54,4%
Portalegre	0,0%	0,0%
Porto	9,4%	10,0%
Santarém	1,9%	4,2%
Setúbal	10,1%	9,8%
Viana do Castelo	1,4%	0,8%
Vila Real	0,7%	0,3%
Viseu	0,2%	0,0%
Região Autónoma dos Açores*	0,4%	0,0%
Região Autónoma da Madeira	0,0%	0,3%
Total	100%	100%

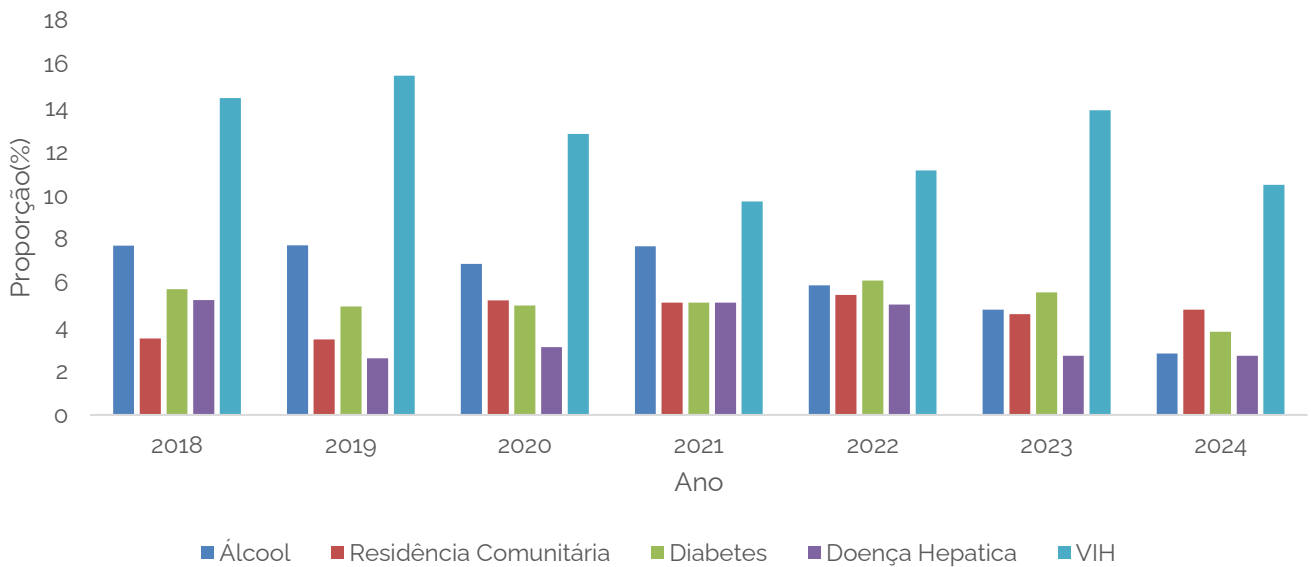
Fonte: SVIG-TB 2025 * Dados com subregisto

Figura 22. Evolução da mediana de dias desde o início de sintomas até ao diagnóstico entre a população nascida em Portugal e migrantes, 2015-2024



Fonte: SVIG-TB 2025

Figura 23. Distribuição da proporção de fatores de risco na população migrante, 2018-2024



Fonte: SVIG-TB 2025

Dos 601 casos notificados na população migrante em 2024, 361(60,2%) completaram o tratamento, em 47 casos (7,8%) ocorreu transferência ou emigração, 53 casos (8,8%) interromperam ou abandonaram o tratamento e o óbito ocorreu em 4 casos (0,7%). Analisando o sucesso terapêutico e após retirar os casos que ainda se encontram "em tratamento" (22,5%), este fixou-se nos 77,7%. Este valor foi ligeiramente abaixo ao sucesso nacional (82,1%) que pode ser explicado pela maior proporção de casos com interrupção/abandono e transferência/emigração nesta população.

1.5.2. Tuberculose nas pessoas que vivem com VIH

A pesquisa de infeção por VIH deve ser efetuada em todos os casos de tuberculose, permitindo o ajuste do tratamento de acordo com a patologia e averiguando de forma célere, a existência de formas resistentes de tuberculose. Em 2024, o estado serológico para o VIH era conhecido em 76,3% dos doentes com tuberculose, um valor abaixo do que se verificou nos anos anteriores (85,3 em 2022 e 79,7 em 2023), embora seja expectável um aumento do valor ao longo de 2024, com a melhoria dos registos no SVIG-TB.

A ocorrência de tuberculose em pessoas que vivem com VIH verificou-se em 8,6% dos casos notificados em 2024, valor sobreponível ao registado em 2023 (8,3%) e 2022 (8,7%). O distrito de Lisboa foi aquele em que se verificou a maior proporção de coinfeção TB/VIH (53,5%) apresentando um aumento significativo face aos anos anteriores (41,7% em 2023 vs 41,4% em 2022 vs 46,3% em 2021). A nível nacional, os concelhos de Lisboa, Sintra, Amadora, Loures, e Oeiras concentraram em 2024, 34,3% do total dos casos de tuberculose neste grupo de pessoas.

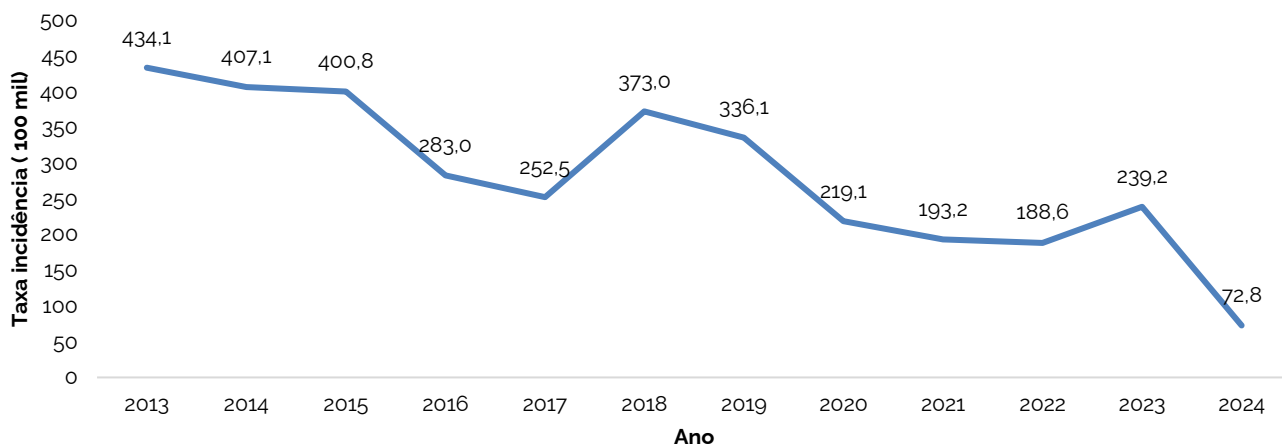
No distrito do Porto, verificou-se uma diminuição consistente nos casos de tuberculose nas pessoas que vivem com VIH nos últimos anos embora ainda com valores superiores aos obtidos em 2020 (19,8% em 2024 vs. 21,3% em 2023 vs. 25,9% em 2022 vs. 26,3% em 2021 vs. 15,1% em 2020). Neste distrito, assistiu-se a um ligeiro aumento da proporção de casos no concelho do Porto, regressando aos valores de 2022, embora ainda abaixo do valor obtido em 2021 (6,9 em 2024 vs. 5,6% em 2023 vs. 6,9% em 2022 vs. 10,1% em 2021). O concelho de Matosinhos apresentou, em 2024, uma diminuição do número de casos de coinfeção TB/VIH (1%), invertendo a tendência de crescimento verificado em 2023 e 2022, retornado ao valor verificado em 2021 (6,5% em 2023 vs. 6,0% em 2022 vs. 1% em 2021).

Do total dos 101 casos com coinfeção TB/VIH, 59 (58,4%) pertenciam à população migrante (50,0% em 2023). Relativamente aos fatores de risco mais prevalentes continuam a ser a consumo de drogas inaladas (18,8%), consumo de drogas endovenosas (10,9%), o consumo de álcool (8,9%), a doença hepática, a pessoa em situação de sem abrigo e a residência comunitária (5,9% respetivamente).

1.5.3. Tuberculose em meio prisional

Em 2024, ocorreram 9 casos de tuberculose em ambiente prisional (0,6 % do total de casos) – correspondendo a uma taxa de notificação nessa população de 72,8 casos por 100 mil habitantes (para um total de reclusos de 12360 em 31 de dezembro de 2024, de acordo com os dados disponibilizados pela DGRSP) (Figura 24). Verificou-se uma diminuição significativa da taxa de notificação na população reclusa em 2024 (239,2 casos/100.000 em 2023), possivelmente associada a um atraso da notificação dos casos (27 casos em 2023 vs. 23 casos em 2022) bem como de um aumento da população reclusa, sendo o valor mais elevado desde 2019.

Figura 24. Evolução da taxa de notificação de tuberculose em reclusos, 2013-2024



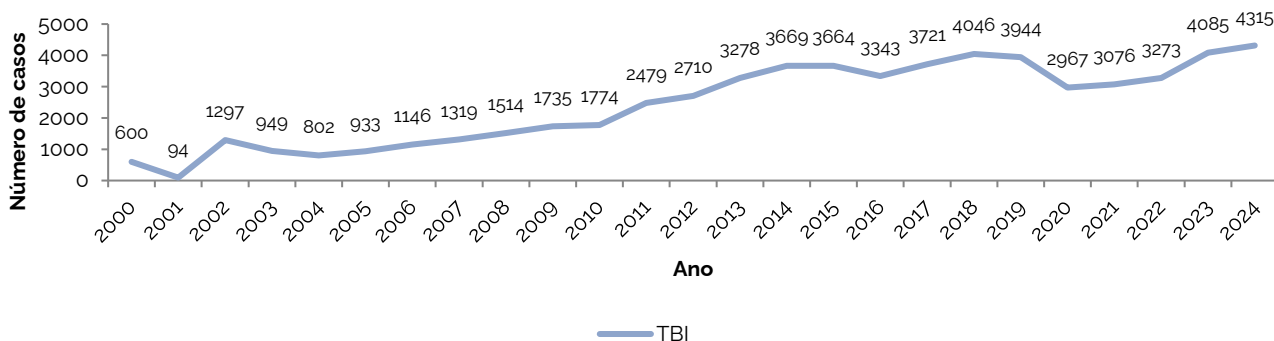
Fonte: SVIG-TB 2025

1.6. Infecção por *Mycobacterium tuberculosis*

O diagnóstico de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* é uma estratégia com verdadeiro impacto na curva de notificação da doença, pois previne o futuro aparecimento de novos casos em contextos de baixa incidência.

O SVIG-TB permite o conhecimento dos casos de infecção que iniciaram tratamento preventivo. Em 2024 foram notificados 4315 casos (4085 casos em 2023 vs. 3273 casos em 2022) de infecção por *Mycobacterium tuberculosis*, em tratamento (Figura 25).

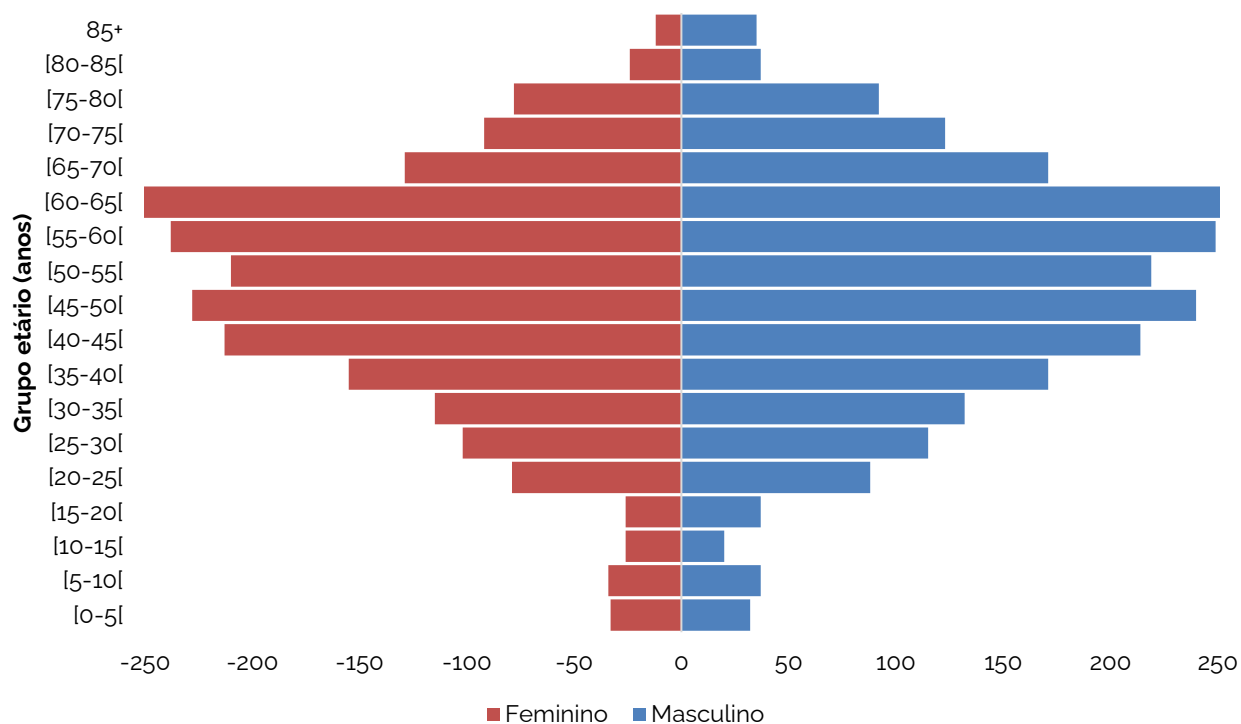
Figura 25. Evolução do número de casos de infecção com instituição de tratamento preventivo, 2000-2024



Fonte: SVIG-TB 2025

Do total de casos de infecção com registo de tratamento em 2024, 2064 eram do sexo feminino (47,8%). Os grupos etários predominantes situavam-se entre os 35 e os 65 anos de idade. As pessoas com idade inferior a 35 anos representaram 20,1% do total dos casos de infecção por Mt com registo de tratamento preventivo. (Figura 26).

Figura 26. Distribuição do número de casos de infeção com instituição de tratamento preventivo, por sexo e grupo etário, 2024



Fonte: SVIG-TB 2025

A população migrante representou 20,1% do total de casos de infeção registados em 2024. Esta proporção tem vindo a crescer, de forma sustentada nos últimos anos (18,4% em 2023 vs. 14,8% em 2022 vs. 12,6% em 2021).

Em 2024, manteve-se a inversão no meio de deteção da tuberculose infeção já observada desde 2021. Assim, em 54,9% (54,3% em 2023) do total de casos, o tratamento de infeção foi feito em contexto de “rastreamento de outros grupos” (rastreamento de grupos de risco específicos, nomeadamente as pessoas imunodeprimidas) e em 39,9%, em contexto de rastreamento por exposição a tuberculose (39,43% em 2023).

A região Norte foi responsável por 55,3% dos casos de tratamento de infeção, contrastando com os 30,7% da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Na Tabela 8 estão descritos os casos de infeção que iniciaram tratamento preventivo por distrito.

Tabela 8. Proporção de casos de infeção que iniciaram tratamento preventivo, por distrito, 2023-2024

Distrito	2023 %	2024 %
Aveiro	5,31%	4,89%
Beja	1,01%	0,83%
Braga	12,47%	11,87%
Bragança	1,79%	2,53%
Castelo Branco	0,63%	0,49%
Coimbra	0,83%	0,86%
Évora	0,03%	0%
Faro	6,35%	4,98%
Guarda	3,20%	0,05%
Leiria	2,69%	3,36%
Lisboa	22,39%	22,25%
Portalegre	0,05%	0,02%
Porto	29,01%	30,20%
Santarém	2,27%	2,78%
Setúbal	3,78%	5,01%
Viana de Castelo	3,20%	4,73%
Vila Real	3,15%	2,83%
Viseu	0,38%	0,51%
Região Autónoma dos Açores	1,0%	0,58%
Região Autónoma da Madeira	0,5%	1,23%

Fonte: SVIG-TB 2024

Relativamente aos fatores de risco observados nos casos de tuberculose infeção latente (TBIL), destaca-se a doença inflamatória articular em 16,9% (18,0% em 2023 vs.21,5% em 2022), seguindo-se a infeção por VIH (5,7% vs.2,8% em 2023 vs 4,2% em 2022).

Em 62,6% dos casos (82,3% em 2023 vs. 90,9% em 2022), os doentes com infeção receberam tratamento com isoniazida, nos esquemas de 6 ou 9 meses. A combinação isoniazida e rifampicina, durante 3 meses, foi utilizada em 438 casos de infeção (10,2% vs.7,3% em 2023 vs. 3,8% em 2022) e a rifampicina, durante 4 meses, em 454 casos (10,5% vs. 7,3% em 2023 vs. 3,5% em 2022). Em 2024, 76,2% dos casos de infeção tratados têm registo de tratamento concluído e 9,3% interromperam o tratamento. Depois de excluídos os casos transferidos ou ainda em tratamento, o sucesso terapêutico verificou-se em 87,9%, um valor semelhante ao que se tem verificado nos últimos 10 anos.

2. Atividades Desenvolvidas Em 2025

No ano de 2025, o Programa Nacional para a Tuberculose desenvolveu um conjunto diversificado de atividades, orientadas para a sensibilização pública, a capacitação dos profissionais de saúde, o reforço da vigilância epidemiológica e a implementação de estratégias de rastreio dirigidas a populações vulneráveis.

2.1. Sensibilização Pública

No âmbito das comemorações do Dia Mundial da Tuberculose, foi realizado o evento anual de apresentação de dados epidemiológicos e lançamento de campanhas publicitárias. Em 2024, foi promovida a campanha "A tuberculose tem cura", através de MUPIS distribuídos a nível nacional, com o objetivo de destigmatizar a doença e promover o diagnóstico precoce. Em 2025, esta estratégia foi reforçada com a campanha "A tuberculose tem cura. O estigma também", alargando o foco para o combate ao estigma associado à doença.

2.2. Reorganização estrutural e articulação com as Unidades Locais de Saúde

Em 2024, foi concretizada a integração e reorganização das consultas de tuberculose no âmbito das Unidades Locais de Saúde (ULS). Os anteriores Centros de Diagnóstico Pneumológico passaram a designar-se Consultas Respiratórias da Comunidade (CRC), refletindo uma abordagem mais integrada e centrada no doente.

Esta reorganização contemplou a criação de dois níveis de diferenciação – nível A e nível B – que permitem otimizar a resposta às necessidades dos doentes. As CRC de nível A asseguram o acompanhamento de casos complexos e de maior gravidade, concentrando competências técnicas especializadas. As CRC de nível B garantem uma atuação de proximidade, facilitando o acesso aos cuidados de saúde e o acompanhamento dos doentes nas suas comunidades.

Foi reforçada a articulação com as ULS e com os interlocutores para a tuberculose em cada uma destas unidades e em cada CRC, promovendo a comunicação regular, a partilha de informação e a uniformização de procedimentos a nível nacional.

Em 2025, promoveu-se a operacionalização destas consultas, integrando profissionais de diferentes áreas: Saúde Pública, Medicina Geral e Familiar, Pneumologia, Infeciologia e Pediatria. Esta abordagem multidisciplinar permitiu uma resposta mais abrangente e articulada, adequada à complexidade e diversidade dos casos de tuberculose.

2.3. Acesso a Tratamentos Inovadores e Gestão Farmacológica

Foi fundamental o trabalho desenvolvido com o Infarmed, que permitiram a Portugal obter rifapentina e pretomanida, fármacos essenciais para a implementação de regimes de tratamento de curta duração. A rifapentina possibilitou esquemas terapêuticos mais curtos no tratamento preventivo da tuberculose, enquanto a pretomanida, juntamente com a totalidade dos fármacos necessários, permitiu a implementação de esquemas curtos no tratamento da tuberculose multirresistente (TBMR). Estas conquistas contribuíram significativamente para o aumento da adesão e do sucesso do tratamento, reduzindo a duração dos esquemas terapêuticos e melhorando a qualidade de vida dos doentes.

Adicionalmente, para garantir que as ULS fossem capazes de manter stock adequado de fármacos como a rifapentina, foi necessário identificar o stock disponível em cada ULS, identificar as perspetivas de utilização e proceder à redistribuição de unidades de medicamentos pelas várias ULS, assegurando assim a disponibilidade imediata do tratamento em todo o território nacional.

2.4. Formação e capacitação profissional

A promoção da literacia dos profissionais de saúde constituiu um eixo prioritário de atuação. Foram realizadas as formações "Tuberculose em Pediatria e no Adulto" e "Notificação SVIG-TB, Intervenção da Saúde Pública & SINAVE", nos dias 9 e 19 de abril de 2024, respetivamente, com o objetivo de reforçar competências clínicas e sensibilizar para a importância da notificação e vigilância epidemiológica da doença.

Foi igualmente desenvolvido o curso presencial "Tuberculose: Desafios e Inovações na Prática Clínica", dirigido a profissionais com intervenção na área, promovendo a atualização de conhecimentos face aos avanços científicos e terapêuticos.

No domínio da formação à distância, foi publicado em 2024 o curso MOOC "Conceitos Básicos em Tuberculose", de livre acesso, dirigido ao público em geral e aos profissionais de saúde. Encontra-se em preparação um segundo curso MOOC, especificamente orientado para profissionais de saúde, cuja publicação está prevista para breve.

Foi também concluída a reedição do Manual de Tuberculose dirigido aos profissionais de saúde, instrumento fundamental para a uniformização da atuação diagnóstica e terapêutica a nível nacional.

2.5. Encontros Técnicos e Partilha de Boas Práticas

Foram realizadas a 1ª e 2ª edições do Encontro Nacional da Tuberculose, eventos que reuniram profissionais das Unidades Locais de Saúde que trabalham na área da tuberculose. Estes encontros promoveram a partilha de boas práticas, a discussão de casos clínicos complexos e o reforço da articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde envolvidos no controlo da tuberculose.

2.6. Rastreio em Populações Vulneráveis

Foi sedimentado o papel da Saúde Pública e das Consultas Respiratórias da Comunidade no rastreio de pessoas com história de exposição à tuberculose, permitindo a identificação célere das pessoas infetadas e o avanço imediato para tratamento preventivo, uma medida essencial na prevenção de novos casos de tuberculose ativa.

Foram promovidos os rastreios sistemáticos de tuberculose ativa e de infeção latente nos grupos populacionais com risco acrescido de infeção e com risco acrescido de evolução de infeção latente para tuberculose ativa.

A sensibilização dos profissionais de saúde para a necessidade de rastreio de infeção em pessoas imunodeprimidas foi reforçada, nomeadamente nas pessoas que vivem com VIH e nos candidatos a tratamento com biológicos, grupos particularmente vulneráveis à progressão para tuberculose ativa.

Neste âmbito, foi atualizado o protocolo de rastreio da tuberculose em meio prisional, em parceria com a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, e mantido o protocolo e a parceria com o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD) na promoção do rastreio de tuberculose em pessoas com dependências.

Foram também promovidas orientações de rastreio em contexto de saúde ocupacional, dirigidas a grupos de trabalhadores com risco acrescido de exposição à tuberculose.

2.7. Parcerias com Organizações de Base Comunitária

Foram lançados concursos de financiamento dirigidos às Organizações de Base Comunitária (OBC) nos concelhos de maior incidência do país, com o objetivo de implementar estratégias inovadoras de rastreio e apoio às populações em situação de maior vulnerabilidade.

Estas parcerias visaram capacitar as OBC para a realização de testes IGRA no rastreio de infeção latente, promover o rastreio de tuberculose ativa com a possibilidade de realização de testes moleculares de resistências em amostras de expectoração, e reforçar a literacia e o acompanhamento destas populações, garantindo maior proximidade e acessibilidade aos cuidados de saúde.

2.8. Monitorização da Tuberculose Multirresistente

Foi reforçada a parceria com o Laboratório Nacional de Referência para a Tuberculose do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), com enfoque na aceleração da realização da sequenciação genómica. Esta estratégia permitiu a confirmação mais célere de novos casos de tuberculose multirresistente e o consequente ajuste terapêutico imediato, melhorando significativamente o prognóstico dos doentes.

2.9. Parcerias Intersetoriais e abordagem integrada

Foi desenvolvido trabalho com as autarquias, promovendo parcerias locais para a aplicação de estratégias integradas de tuberculose, hepatites virais e VIH, no âmbito das Fast-Track Cities, reforçando a abordagem multissetorial e a proximidade com as comunidades locais.

2.10. Cooperação Internacional e Alinhamento com Recomendações Globais

O Programa Nacional para a Tuberculose manteve a sua atuação em linha com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), assegurando a implementação de estratégias baseadas na evidência científica e nas melhores práticas internacionais.

Foi mantida a contribuição regular na partilha de dados nacionais, fundamental para a publicação de relatórios anuais sobre a situação epidemiológica da tuberculose a nível global e regional. Portugal participou ativamente nas iniciativas da OMS e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) para a tuberculose, contribuindo para a monitorização transnacional da doença e para o desenvolvimento de políticas de saúde pública harmonizadas na região europeia.

2.11. Investigação e Conhecimento Científico

Foi promovida a realização de projetos de investigação com relevância direta para a orientação estratégica do Programa. Destaca-se o estudo qualitativo sobre o atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar em grupos vulneráveis, desenvolvido em parceria com o ISPUP, envolvendo pessoas com tuberculose, profissionais de saúde e equipas de proximidade. Os resultados identificaram múltiplos determinantes do atraso na procura de cuidados, nomeadamente a baixa literacia em saúde, o estigma associado à doença, as limitações económicas e as barreiras de acesso ao sistema de saúde, com particular impacto nos grupos mais vulneráveis. Estes dados fundamentaram o desenvolvimento de estratégias de sensibilização dirigidas à população geral e aos profissionais de saúde, bem como recomendações de intervenção pragmática nos circuitos de diagnóstico e tratamento.

3. Roteiro de ação 2026

Em consonância com a *End TB Strategy* da Organização Mundial da Saúde, Portugal mantém o seu compromisso com o objetivo de reduzir em 95% o número de mortes e em 90% a taxa de incidência até 2035, tendo como referência os valores de 2015.

Para alcançar estas metas, o Programa Nacional para a Tuberculose estrutura a sua atuação em quatro eixos prioritários:

3.1. Monitorização da doença

O aperfeiçoamento contínuo das ferramentas de vigilância epidemiológica constitui um pilar fundamental. Neste âmbito, prosseguem as melhorias nas plataformas de notificação de tuberculose, com destaque para a integração do SVIG-TB no SINAVE, garantindo dados mais fiáveis e atempados para a monitorização da situação epidemiológica nacional.

A sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da notificação precoce dos casos será reforçada, permitindo o alerta atempado à Saúde Pública e o desencadeamento imediato do rastreio de contactos, medida essencial na prevenção de novos casos.

3.2. Prevenção

Será promovido o acesso célere e uniforme aos testes imunológicos (TST e IGRA) em todas as instituições de saúde. A utilização de testes de melhor sensibilidade em pessoas imunodeprimidas e em crianças permitirá maior acuidade diagnóstica da infeção por *Mycobacterium tuberculosis*, identificando precocemente os candidatos a tratamento preventivo.

As parcerias com as Organizações de Base Comunitária (OBC) serão reforçadas através do apoio técnico e financiamento destas estruturas, que garantem melhor acessibilidade às populações em situação de maior vulnerabilidade. As OBC desempenham um papel crucial numa estratégia de proximidade, assegurando o diagnóstico de infeção e sensibilizando para a adesão ao tratamento preventivo.

A sensibilização dos profissionais de saúde para a utilização preferencial de regimes de tratamento preventivo de curta duração (3HP, 3HR, 4R) permitirá aumentar o sucesso terapêutico e a adesão ao tratamento.

O rastreio e tratamento preventivo continuará a ser priorizado em grupos de risco específicos: pessoas que vivem com VIH, candidatos a tratamento imunossupressor, contactos de casos de tuberculose ativa, pessoas com dependências (em parceria com o ICAD) e população reclusa (em parceria com a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais).

Manter-se-á o reforço da estratégia vacinal com BCG nas crianças com fatores de risco e elegibilidade para a vacina, reduzindo o risco de formas graves da doença em crianças com idade inferior a 6 anos.

3.3. Diagnóstico

A celeridade do diagnóstico será promovida através do reforço da literacia dos profissionais de saúde e da população, nomeadamente através de eventos formativos, plataformas educacionais de livre acesso e campanhas publicitárias dirigidas à população.

O apoio a projetos e parcerias com as OBC continuarão a ser estratégias adotadas para promover o diagnóstico rápido, a sensibilização para os sintomas e facilitar a procura de cuidados de saúde.

A promoção de consultas de tuberculose especializadas, centradas no doente, permitirá a celeridade no atendimento de cada pessoa com suspeita de tuberculose ativa, promovendo a diferenciação e competência dos profissionais de saúde que desempenham funções nas consultas de tuberculose das Unidades Locais de Saúde.

A requisição de testes moleculares de resistências será reforçada como obrigatória em todos os casos de tuberculose pulmonar bacilífera, permitindo a deteção precoce de resistências e a adequação imediata do esquema terapêutico.

Manter-se-á a parceria estratégica com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) para o desenvolvimento de novas ferramentas laboratoriais. A sequenciação genómica, fundamental na suspeita de tuberculose multirresistente, perspectiva-se como estratégia de futuro próximo a aplicar em todos os doentes bacilíferos com exame direto positivo. Esta abordagem acelerará significativamente o diagnóstico, evitando o tempo de espera pelas culturas e testes fenotípicos, e permitirá a pesquisa rápida de mutações associadas a resistências de primeira e segunda linha, possibilitando maior celeridade na adequação do tratamento.

3.4. Tratamento

As parcerias entre o Programa Nacional para a Tuberculose, o Infarmed e as Unidades Locais de Saúde serão reforçadas, garantindo a disponibilidade de todos os fármacos necessários ao tratamento da tuberculose, nomeadamente das formas multirresistentes.

O incentivo à prescrição de regimes terapêuticos totalmente orais para tuberculose multirresistente, com redução da duração do tratamento, melhorará a adesão terapêutica. Serão asseguradas opções terapêuticas adequadas para populações especiais, nomeadamente crianças e mulheres grávidas com tuberculose.

Mantém-se inalterado o princípio da gratuitidade do tratamento e o livre acesso às consultas, garantindo a cobertura universal de saúde para a tuberculose através de cuidados integrados e centrados no doente. A abordagem multissetorial e a concentração de casos graves e complexos em consultas de referência continuam a demonstrar resultados positivos. A interligação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde e a articulação com a Sociedade Civil, Organizações Não Governamentais e Agência para a Integração, Migrações e Asilo reforçam o compromisso com as populações em situação de maior vulnerabilidade.

Portugal prossegue assim o seu percurso rumo à eliminação da tuberculose como problema de saúde pública, com estratégias comprovadamente eficazes e alinhadas com as recomendações internacionais, contribuindo para as metas globais estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde.

4. Notas Finais

O ano de 2024 representa um momento de reflexão e redefinição de prioridades no controlo da tuberculose em Portugal. Após a estagnação observada durante a pandemia de COVID-19, a taxa de notificação voltou a diminuir para 14,3 casos por 100 mil habitantes, acompanhada por uma redução significativa da mortalidade. Estes resultados confirmam a robustez das estratégias implementadas e a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde.

No entanto, a análise do quinquénio 2020-2024 revela uma desaceleração preocupante no ritmo de decréscimo da incidência. Esta realidade, conjugada com o aumento de 63,6% nos casos de tuberculose multirresistente e com a crescente concentração da doença em populações vulneráveis – particularmente migrantes, que representam agora 39,1% dos casos – exige uma reorientação estratégica para alcançar as metas ambiciosas da End TB Strategy até 2035.

Os dados evidenciam três desafios centrais que condicionam o cumprimento destes objetivos: o atraso persistente no diagnóstico, com mediana de 81 dias que se agrava em grupos vulneráveis; a concentração geográfica em territórios específicos, onde determinantes sociais, ocupacionais, de saúde (infecção pelo VIH) e migratórios criam contextos de elevado risco; e as eventuais barreiras no acesso aos cuidados que afetam desproporcionalmente as populações em situação de maior vulnerabilidade.

A reorganização estrutural concretizada, com a criação das Consultas Respiratórias da Comunidade e a operacionalização de equipas multidisciplinares, constitui uma resposta a estes desafios, permitindo simultaneamente a concentração de competências para casos complexos e a proximidade territorial essencial para chegar a quem mais precisa. O acesso garantido a terapêuticas inovadoras e a implementação da sequenciação genómica posicionam Portugal na vanguarda tecnológica do controlo da doença.

As parcerias consolidadas com a Sociedade Civil, particularmente as Organizações de Base Comunitária, têm demonstrado resultados inequívocos na redução de barreiras e na promoção do diagnóstico precoce em populações habitualmente distantes dos serviços de saúde. A articulação intersectorial, envolvendo parceiros como a DGRSP, o ICAD e as autarquias, reforça a abordagem aos determinantes sociais da tuberculose, reconhecendo que a eliminação da doença transcende largamente o âmbito estrito da intervenção clínica.

A expansão consistente do diagnóstico e tratamento da infeção latente, com 4315 casos notificados em 2024, representa uma aposta estratégica fundamental na prevenção de casos futuros. No entanto, é necessário intensificar estas estratégias, particularmente em pessoas imunodeprimidas e migrantes recém-chegados de países de elevada incidência, grupos onde o risco de progressão para doença ativa é significativamente superior.

Portugal mantém a sua participação ativa nas iniciativas internacionais da OMS e do ECDC, contribuindo regularmente com dados nacionais para a monitorização global da tuberculose e para o desenvolvimento de políticas uniformes na região europeia. Esta cooperação internacional é essencial num mundo atual, onde os

movimentos migratórios e as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde configuram desafios que transcendem fronteiras nacionais.

O caminho para a eliminação da tuberculose como problema de saúde pública em Portugal é desafiante, mas possível. Exige o compromisso sustentado de todos os intervenientes, o investimento continuado em recursos humanos, técnicos e financeiros, e a capacidade de adaptação face aos desafios emergentes. Exige, sobretudo, a garantia de equidade no acesso aos cuidados de saúde, assegurando que toda a população beneficie de diagnóstico atempado e tratamento adequado, independentemente da origem, condição social ou lugar de residência.

Os progressos alcançados nas últimas décadas demonstram a capacidade de Portugal para vencer este desafio. A manutenção desta trajetória depende da determinação coletiva em fazer da tuberculose uma doença do passado

5. Anexos

Anexo 1. Evolução do número de casos notificados e da taxa de notificação anual por 100 mil habitantes por distrito entre 2018 e 2024

Distrito	Indicador	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aveiro	N.º casos	99	76	75	70	74	84	74
	Taxa notificação	14,2	10,8	10,7	10,0	10,4	11,6	10,1
Beja	N.º casos	27	30	23	23	25	40	24
	Taxa notificação	18,7	20,7	16,4	15,9	17,0	26,9	16,0
Braga	N.º casos	128	118	90	123	97	112	102
	Taxa notificação	15,2	14,0	10,9	14,5	11,4	13,0	11,8
Bragança	N.º casos	20	16	8	11	10	18	14
	Taxa notificação	16,0	12,9	6,5	9,0	8,2	14,7	11,4
Castelo Branco	N.º casos	33	20	26	39	31	24	33
	Taxa notificação	18,3	11,2	14,6	21,9	17,4	13,4	18,2
Coimbra	N.º casos	26	41	21	23	23	25	27
	Taxa notificação	6,3	10,0	5,2	5,6	5,6	6,0	6,4
Évora	N.º casos	10	8	7	3	2	1	0
	Taxa notificação	6,5	5,2	4,6	2,0	1,3	0,7	0,0
Faro	N.º casos	88	71	70	70	71	83	80
	Taxa notificação	19,2	15,3	16,0	15,0	15,0	17,1	16,2
Guarda	N.º casos	20	19	20	24	12	25	14
	Taxa notificação	13,7	13,1	14,0	16,8	8,5	17,6	9,8
Leiria	N.º casos	39	40	23	27	35	33	31
	Taxa notificação	8,6	8,8	5,0	5,9	7,5	6,9	6,4
Lisboa	N.º casos	556	614	485	440	510	539	492
	Taxa notificação	24,5	26,8	21,1	19,3	22,2	22,9	20,6
Portalegre	N.º casos	6	7	7	13	1	0	5
	Taxa notificação	5,6	6,6	6,7	12,4	1,0	0,0	4,8
Porto	N.º casos	474	464	349	384	381	340	400
	Taxa notificação	26,5	25,9	19,6	21,5	20,9	18,4	21,5
R. A. Madeira	N.º casos	16	15	12	10	11	7	20
	Taxa notificação	6,4	6,0	4,7	4,0	4,3	2,7	7,7
R. A. Açores	N.º casos	25	27	17	17	18	19	7
	Taxa notificação	10,5	11,4	7,0	7,2	7,5	7,9	2,9
Santarém	N.º casos	34	33	39	31	26	37	45
	Taxa notificação	8,0	7,8	9,1	7,3	6,0	8,4	10,1
Setúbal	N.º casos	216	200	164	143	155	145	112
	Taxa notificação	25,0	23,0	19,2	16,3	17,5	16,1	12,2
Viana do Castelo	N.º casos	39	35	29	34	34	46	34
	Taxa notificação	16,8	15,1	12,6	14,7	14,6	19,6	14,5
Vila Real	N.º casos	28	33	20	21	20	26	16
	Taxa notificação	14,9	17,6	10,5	11,3	10,8	14,0	8,7
Viseu	N.º casos	42	41	33	29	40	20	6
	Taxa notificação	11,9	11,6	9,3	8,3	11,4	5,6	1,7

Fonte: SVIG-TB 2025

Anexo 2. Taxa de notificação por concelho. Região Norte.

Concelho	N.º Casos 2020-2024	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2020-2024
Penafiel	190	54,29
Marco de Canaveses	109	44,08
Vila Pouca de Aguiar	18	30,63
Mesão Frio	5	28,46
Vila Nova de Cerveira	12	26,11
Baião	22	25,47
Espinho	40	25,09
Porto	293	24,11
Murça	6	22,98
Matosinhos	187	21,11
Gondomar	175	20,93
Valença	14	20,10
Paços de Ferreira	56	20,04
Vila do Conde	81	19,39
Amarante	49	18,82
Caminha	15	18,51
Viana do Castelo	78	18,09
Monção	16	17,86
Valongo	87	17,68
Cinfães	15	17,08
Vila Nova de Gaia	261	16,92
Cabeceiras de Basto	13	16,76
Lousada	40	16,69
Paredes	71	16,63
Esposende	30	16,46
Braga	158	15,94
Bragança	27	15,41
Maia	107	15,25
Torre de Moncorvo	5	14,83
Vila Verde	34	14,31
Amares	13	13,53
Arouca	14	13,37
Vila Flor	4	13,27
Vizela	16	13,17
Santa Maria da Feira	90	12,99
Freixo de Espada à Cinta	2	12,61
Ponte da Barca	7	12,61
Terras de Bouro	4	12,57
Santo Tirso	42	12,41
Póvoa de Varzim	41	12,38
Ponte de Lima	25	12,18
Resende	6	12,17
Vieira do Minho	7	11,69

Fonte: SVIG-TB 2025

Concelho	N.º Casos 2020-2024	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2020-2024
Alijó	6	11,58
Barcelos	66	11,31
São João da Madeira	13	11,14
Póvoa de Lanhoso	12	10,76
Sabrosa	3	10,72
Vinhais	4	10,65
Guimarães	82	10,48
Vila Real	26	10,47
Celorico de Basto	9	10,24
Chaves	19	10,18
Santa Marta de Penaguião	3	10,01
Peso da Régua	7	9,70
Miranda do Douro	3	9,44
Paredes de Coura	4	9,22
Castelo de Paiva	7	9,10
Trofa	18	9,10
Felgueiras	25	9,02
Vila Nova de Famalicão	60	8,88
Vale de Cambra	9	8,47
Mirandela	9	8,44
Fafe	20	8,27
Oliveira de Azeméis	27	8,08
Tarouca	3	8,02
Tabuaço	2	7,93
Melgaço	3	7,88
Lamego	9	7,45
Carraceda de Ansiães	2	7,41
Montalegre	3	6,57
Mondim de Basto	2	6,24
Valpaços	4	5,50
Mogadouro	2	4,84
Macedo de Cavaleiros	3	4,24
Moimenta da Beira	2	4,16
Boticas	1	4,08
Armamar	1	3,51
Sernancelhe	1	3,49
São João da Pesqueira	1	2,95
Arcos de Valdevez	3	2,90
Penedono	0	0,00
Ribeira de Pena	0	0,00
Vímioso	0	0,00
Alfândega da Fé	0	0,00

Fonte: SVIG-TB 2025

Anexo 3. Taxa de notificação por concelho. Região Centro.

Concelho	N.º Casos 2020-2024	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2020-2024
Pinhel	13	32,92
Penamacor	7	29,49
Vila Nova de Foz Côa	9	28,49
Castelo Branco	73	27,81
Sabugal	14	24,98
Idanha-a-Nova	10	23,79
Vila de Rei	4	23,50
Proença-a-Nova	8	22,53
Vila Velha de Ródão	3	17,31
Belmonte	5	16,19
Manteigas	2	13,64
Guarda	25	12,53
Oliveira de Frades	6	12,47
Águeda	29	12,43
Celorico da Beira	4	12,24
Covilhã	27	11,72
Gouveia	7	11,56
Aveiro	46	10,98
Sátão	6	10,87
Seia	11	10,26
Miranda do Corvo	6	9,97
Pampilhosa da Serra	2	9,82
Trancoso	4	9,65
Murtosa	5	9,33
São Pedro do Sul	7	9,29
Ílhavo	19	9,28
Mealhada	9	9,17
Fundão	12	9,01
Estarreja	12	9,00
Vagos	10	8,43
Oliveira do Hospital	8	8,29
Coimbra	59	8,26
Oliveira do Bairro	10	8,25
Condeixa-a-Nova	7	8,14
Mira	5	8,14
Marinha Grande	16	7,97
Figueira de Castelo Rodrigo	2	7,90
Ovar	22	7,87
Penacova	5	7,76
Mangualde	7	7,64
Castanheira de Pêra	1	7,46
Viseu	37	7,37
Penela	2	7,23

Concelho	N.º Casos 2020-2024	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2020-2024
Arganil	4	7,18
Albergaria-a-Velha	8	6,32
Vouzela	3	6,22
Nelas	4	6,08
Castro Daire	4	5,87
Leiria	37	5,63
Tondela	7	5,46
Sertã	4	5,38
Cantanhede	9	5,23
Soure	4	4,67
Fornos de Algodres	1	4,57
Mortágua	2	4,47
Carregal do Sal	2	4,41
Mêda	1	4,37
Anadia	6	4,30
Vila Nova de Paiva	1	4,26
Aguiar da Beira	1	3,79
Batalha	3	3,72
Almeida	1	3,51
Tábua	2	3,51
Pombal	9	3,51
Ansião	2	3,42
Alvaiázere	1	3,18
Penalva do Castelo	1	2,75
Santa Comba Dão	1	1,85
Sever do Vouga	1	1,83
Montemor-o-Velho	2	1,62
Lousã	1	1,16
Figueira da Foz	3	1,00
Porto de Mós	1	0,85
Góis	0	0,00
Vila Nova de Poiares	0	0,00
Pedrógão Grande	0	0,00
Oleiros	0	0,00
Figueiró dos Vinhos	0	0,00

Fonte: SVIG-TB 2025

Anexo 4. Taxa de notificação por concelho. Região Lisboa e Vale do Tejo.

Concelho	N.º Casos 2020-2024	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2020-2024
Odivelas	240	31,76
Amadora	265	30,27
Moita	97	28,59
Loures	271	26,51
Rio Maior	28	25,51
Lisboa	675	24,21
Sintra	455	23,29
Barreiro	81	20,50
Montijo	57	19,64
Setúbal	111	18,01
Alenquer	42	17,90
Azambuja	20	17,89
Alcochete	17	17,15
Oeiras	137	15,76
Sobral de Monte Agraço	9	15,70
Almada	140	15,61
Santarém	46	15,25
Vila Franca de Xira	98	14,16
Cascais	151	13,90
Peniche	18	13,26
Seixal	112	13,16
Óbidos	7	10,91
Torres Vedras	44	10,22
Almeirim	11	9,74
Benavente	15	9,50
Caldas da Rainha	24	9,10
Abrantes	15	8,86
Bombarral	6	8,86
Lourinhã	12	8,67
Mafra	37	8,28
Sesimbra	22	8,06
Vila Nova da Barquinha	3	8,00
Ferreira do Zêzere	3	7,60
Palmela	27	7,54
Cartaxo	9	7,50
Cadaval	5	7,11
Coruche	6	6,91
Alcobaça	19	6,74
Arruda dos Vinhos	5	6,71
Nazaré	5	6,51
Entroncamento	6	5,62
Constância	1	5,16
Alcanena	3	4,76
Chamusca	2	4,67
Tomar	8	4,39
Salvaterra de Magos	5	4,37
Torres Novas	7	4,07
Ourém	9	3,94
Mação	1	3,13
Golegã	0	0,00
Alpiarça	0	0,00
Sardoal	0	0,00

Fonte: SVIG-TB 202

Anexo 5. Taxa de notificação por concelho. Alentejo.

Concelho	N.º Casos 2020-2024	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2020-2024
Odemira	60	37,58
Ferreira do Alentejo	12	30,52
Alcácer do Sal	11	19,90
Beja	32	19,04
Almodôvar	6	17,94
Santiago do Cacém	24	17,07
Ourique	4	16,60
Grândola	10	14,28
Barrancos	1	13,73
Sines	10	13,66
Gavião	2	11,90
Ponte de Sor	9	11,83
Vidigueira	3	11,45
Serpa	7	10,19
Castro Verde	3	8,62
Elvas	8	7,82
Mértola	2	6,47
Crato	1	6,13
Avis	1	5,29
Campo Maior	2	5,03
Moura	3	4,50
Cuba	1	4,50
Alandroal	1	3,99
Portel	1	3,49
Redondo	1	3,19
Borba	1	3,12
Vila Viçosa	1	2,73
Portalegre	3	2,72
Aljustrel	1	2,25
Reguengos de Monsaraz	1	2,03
Évora	5	1,86
Vendas Novas	1	1,75
Montemor-o-Novo	1	1,26
Nisa	0	0,00
Marvão	0	0,00
Arraiolos	0	0,00
Viana do Alentejo	0	0,00
Estremoz	0	0,00
Alvito	0	0,00
Castelo de Vide	0	0,00
Fronteira	0	0,00
Sousel	0	0,00
Monforte	0	0,00
Arronches	0	0,00
Mourão	0	0,00
Alter do Chão	0	0,00
Mora	0	0,00

Fonte: SVIG-TB 2025

Anexo 6. Taxa de notificação por concelho. Algarve.

Concelho	N.º Casos 2020-2024	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2020-2024
Olhão	55	24,54
Aljezur	6	19,18
Faro	65	18,86
Albufeira	40	17,20
Silves	32	16,43
Portimão	51	16,41
Alcoutim	2	16,27
Loulé	59	16,03
Lagos	20	11,71
Monchique	3	11,19
Lagoa	13	10,61
Vila do Bispo	3	10,21
Castro Marim	3	8,94
Vila Real de Santo António	8	8,35
Tavira	11	7,95
São Brás de Alportel	3	5,22

Fonte: SVIG-TB 2025

Anexo 7. Taxa de notificação por concelho. Região Autónoma dos Açores.

Concelho	N.º Casos 2020-2024	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2020-2024
Corvo	1	46,08
Lajes das Flores	1	13,90
Nordeste	3	13,52
Ribeira Grande	19	11,86
Santa Cruz das Flores	1	9,67
Vila da Praia da Vitória	9	9,15
Ponta Delgada	25	7,31
Angra do Heroísmo	12	7,08
Horta	3	4,16
Velas	1	4,04
Povoação	1	3,40
Madalena	1	3,08
Vila Franca do Campo	1	1,93
Lagoa	0	0,00
Vila do Porto	0	0,00
São Roque do Pico	0	0,00
Lajes do Pico	0	0,00
Santa Cruz da Graciosa	0	0,00
Calheta	0	0,00

Fonte: SVIG-TB 2025

Anexo 8. Taxa de notificação por concelho. Região Autónoma da Madeira.

Concelho	N.º Casos 2020-2024	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2020-2024
Funchal	35	6,54
Santa Cruz	12	5,51
São Vicente	1	4,11
Câmara de Lobos	6	3,70
Ribeira Brava	2	3,11
Ponta do Sol	1	2,34
Machico	2	2,05
Calheta (Madeira)	1	1,82
Porto Santo	0	0,00
Santana	0	0,00
Porto Moniz	0	0,00

Fonte: SVIG-TB 2025

Anexo 9. Súmula vigilância da região Norte 2024 Taxa de notificação: 16,4 casos por 100 mil habitantes

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	606
Classificação de casos	
Caso novo	567 (93,6%)
Retratamento	39 (6,4%)
Idade mediana	54 anos
Fatores de risco	
Migrantes	105 (17,3%)
Utilizadores drogas	30 (5,0%)
Consumo de álcool	62 (10,2%)
Reclusão	3 (0,5%)
PSSA	11 (1,8%)
Residência comunitária	24 (4,0%)
VIH	24 (5,1%)
Diabetes	39 (6,4%)
Neoplasia	34 (5,6%)
Silicose	39 (6,4%)
Doença hepática	18 (3,0%)
DPOC	28 (4,6%)
Meio de deteção	
Rastreio passivo	525 (86,6%)
Rastreio contactos	29 (4,8%)
Rastreio de outros grupos	25 (4,1%)
Localização principal da doença	
Pulmonar	422 (69,6%)
Extrapulmonar	184 (30,4%)
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	85,9%
TBIL	
Total	2384
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	845 (35,4%)
Rastreio de outros grupos	1411 (59,2%)
Outra	8 (0,3%)
Fonte: SVIG 2025	

Fonte: SVIG 2025

Anexo 10. Súmula vigilância da região Centro 2024 Taxa de notificação: 7,3 casos por 100 mil habitantes

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	126
Classificação de casos	
Caso novo	121 (96,0%)
Retratamento	5 (4,0%)
Idade mediana	54 anos
Fatores de risco	
Migrantes	29 (23,0%)
Utilizadores drogas	5 (4,0%)
Consumo de álcool	9 (7,1%)
Reclusão	0 (0%)
PSSA	1 (0,8%)
Residência comunitária	5 (4,0%)
VIH	5 (4,5%)
Diabetes	7 (5,6%)
Neoplasia	9 (7,1%)
Silicose	3 (2,4%)
Doença hepática	3 (2,4%)
DPOC	1 (0,8%)
Meio de deteção	
Rastreio passivo	95 (75,4%)
Rastreio contactos	11 (8,7%)
Rastreio de outros grupos	6 (4,8%)
Localização principal da doença	
Pulmonar	77 (61,1%)
Extrapulmonar	49 (39,9%)
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	96,2%
TBIL	
Total	260
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	64 (24,6%)
Rastreio de outros grupos	170 (65,4%)
Outra	20 (7,7%)

Fonte: SVIG 2025

Anexo 11. Súmula vigilância da região de Lisboa e Vale do Tejo 2024 Taxa de notificação: 17,1casos por 100 mil habitantes

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	660
Classificação de casos	
Caso Novo	600 (90,9%)
Retratamento	60 (9,1%)
Idade mediana	38 anos
Fatores de risco	
Migrantes	413 (62,6%)
Utilizadores drogas	25 (3,8%)
Consumo de álcool	26 (3,9%)
Reclusão	4 (0,6%)
PSSA	6 (0,9%)
Residência comunitária	22 (3,3%)
VIH	69 (12,4%)
Diabetes	36 (5,5%)
Neoplasia	19 (2,9%)
Silicose	1 (0,2%)
Doença hepática	21(3,2%)
DPOC	13 (2,0%)
Meio deteção	
Rastreio passivo	592(89,7%)
Rastreio contactos	22 (3,3%)
Rastreio de outros grupos	8 (1,2%)
Localização principal da doença	
Pulmonar	451 (68,3%)
Extrapulmonar	209 (31,7%)
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	75,1%
TBIL	
Total	1324
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	635 (48,0%)
Rastreio de outros grupos	559 (48,0%)
Outra	3 (0,8%)

Fonte: SVIG 2025

Anexo 12. Súmula vigilância da região do Alentejo 2024 Taxa de notificação: 7,8 casos por 100 mil habitantes

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	37
Classificação de casos	
Caso novo	34 (91,9%)
Retratamento	3 (8,1%)
Idade mediana	57 anos
Fatores de risco	
Migrantes	16 (43,2%)
Utilizadores drogas	1 (2,7%)
Consumo de álcool	6 (16,2%)
Reclusão	1 (2,7%)
PSSA	2 (5,4%)
Residência comunitária	3 (8,1%)
VIH	0
Diabetes	3 (8,1%)
Neoplasia	3 (8,1%)
Silicose	0
Doença hepática	0
DPOC	3 (8,1%)
Meio deteção	
Rastreio passivo	37 (100%)
Rastreio contactos	0
Rastreio de outros grupos	0
Localização principal da doença	
Pulmonar	25 (67,6%)
Extrapulmonar	10 (27,0%)
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	83,3%
TBIL	
Total	53
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	32 (60,4%)
Rastreio de outros grupos	20 (37,7%)
Outra	1 (1,9%)

Fonte: SVIG 2025

Anexo 13. Súmula vigilância da região do Algarve 2024 Taxa de notificação: 16,2 casos por 100 mil habitantes

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	80
Classificação de casos	
Caso novo	73 (91,3%)
Retratamento	7 (8,8%)
Idade mediana	49 anos
Fatores de risco	
Migrantes	36 (45,0%)
Utilizadores drogas	2 (2,5%)
Consumo de álcool	8 (10,0%)
Reclusão	1 (1,3%)
PSSA	1 (1,3%)
Residência comunitária	1 (1,3%)
VIH	3 (4,2%)
Diabetes	3 (3,8%)
Neoplasia	4 (5,0%)
Silicose	0
Doença hepática	2 (2,5%)
DPOC	0
Meio deteção	
Rastreio passivo	78 (97,5%)
Rastreio contactos	1 (1,3%)
Rastreio de outros grupos	0
Localização principal da doença	
Pulmonar	61 (76,3%)
Extrapulmonar	19 (23,7%)
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	77,5%
TBIL	
Total	215
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	104 (48,4%)
Rastreio de outros grupos	103 (47,9%)
Outra	4 (1,9%)

Fonte: SVIG 2025

Anexo 14. Súmula vigilância da Região Autónoma dos Açores* 2024 Taxa de notificação: 2,9 casos por 100 mil habitantes

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	7
Classificação de casos	
Caso novo	5 (71,4%)
Retratamento	2 (28,6%)
Idade mediana	62 anos
Fatores de risco	
Migrantes	0
Utilizadores drogas	1 (14,3%)
Consumo de álcool	1 (14,3%)
Reclusão	0
PSSA	0
Residência comunitária	0
VIH	0
Diabetes	2 (28,6%)
Neoplasia	0
Silicose	0
Doença hepática	1 (14,3%)
DPOC	0
Meio de deteção	
Rastreio passivo	7 (100%)
Rastreio contactos	0
Rastreio de outros grupos	0
Localização principal da doença	
Pulmonar	7 (100%)
Extrapulmonar	0
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	100%
TBIL	
Total	25
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	18 (72,0%)
Rastreio de outros grupos	5 (20,0%)
Outra	1 (4,0%)

*Região com constrangimentos informáticos à data da exportação dos dados

Fonte: SVIG 2025

Anexo 15. Súmula vigilância da Região Autónoma da Madeira 2024. Taxa de notificação: 7,7 casos por 100 mil habitantes*

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	20
Classificação de casos	
Caso novo	18 (90,0%)
Retratamento	2 (10,0%)
Idade mediana	51 anos
Fatores de risco	
Migrantes	2 (10,0%)
Utilizadores drogas	1 (5,0%)
Consumo de álcool	4 (20,0%)
Reclusão	0
PSSA	0
Residência comunitária	1 (5,0%)
VIH	0
Diabetes	2 (20,0%)
Neoplasia	0
Silicose	0
Doença hepática	0
DPOC	1 (5,0%)
Meio deteção	
Rastreio passivo	11 (55,0%)
Rastreio contactos	5 (25,0%)
Rastreio de outros grupos	0
Localização principal da doença	
Pulmonar	10 (50%)
Extrapulmonar	10 (50%)
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	94,7%
TBIL	
Total	54
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	22 (40,7%)
Rastreio de outros grupos	26 (48,2%)
Outra	5 (9,3%)

Fonte: SVIG 2025

Referências Bibliográficas

1. Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. The End TB Strategy. World Health Organization; 2015
3. Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2023
4. Reorganização dos Centros de Diagnóstico Pneumológico, Direção-Geral da Saúde, 2024



Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45

1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500

Fax: +351 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt