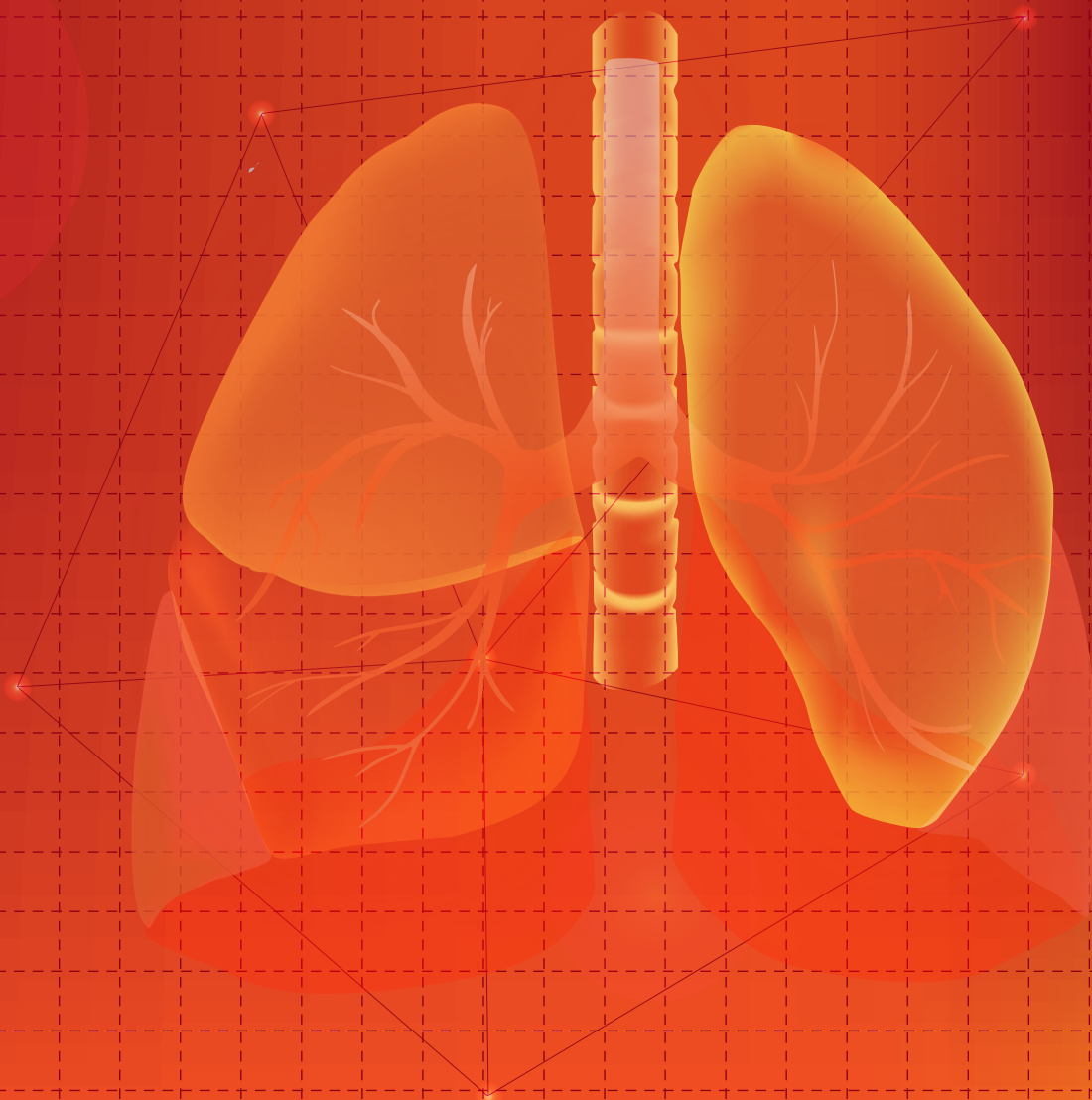


RELATÓRIO DE VIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO DA TUBERCULOSE EM PORTUGAL

DADOS DEFINITIVOS 2022



Relatório de vigilância e monitorização da tuberculose em Portugal

Dados definitivos 2022

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal.

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2022.

ISBN:

PALAVRAS CHAVE

Tuberculose, Vigilância, Diagnóstico, Resistências, Estratégia

EDIÇÃO

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

CONTRIBUTOS

Isabel Carvalho, Marta Gomes, Ana Sofia Sousa, Alexandre Gomes, Mariana Sá Pinto, Olena Oliveira

Lisboa, março, 2024

Índice

Siglas e Acrónimos	7
Resumo	8
Considerações Prévias	9
Mensagem da Diretora	10
1. Tuberculose em Portugal	11
1.1. Evolução da tuberculose em Portugal	11
1.1.1. Distribuição dos casos de tuberculose por região, distrito e concelhos	12
1.1.2. Caracterização demográfica dos casos	16
1.2. Caracterização clínica e bacteriológica dos casos	17
1.2.1. Manifestação clínica da doença	17
1.2.2. Confirmação laboratorial e resultado do tratamento	20
1.2.3. Retratamento	22
1.3. Tuberculose infantil	22
1.4. Resistência aos fármacos antibacilares. Tuberculose multirresistente	24
1.5. Tuberculose em populações vulneráveis	26
1.5.1. Tuberculose na população imigrante	26
1.5.2. Tuberculose nas pessoas que vivem com VIH	29
1.5.3. Tuberculose em meio prisional	30
1.6. Infecção latente por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	30
2. Roteiro de ação 2022-2024	33
3. Atividades 2023	34
4. Notas Finais	35
5. Anexos	36

Índice de gráficos

Figura 1. Evolução da taxa de notificação e de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes em Portugal, 2000-2022	12
Figura 2. Distribuição da proporção dos fatores de risco no distrito do Porto, 2018-2022	14
Figura 3. Distribuição da proporção dos fatores de risco no distrito de Lisboa, 2018-2022	14
Figura 4. Taxa de notificação por 100 mil habitantes por concelho, 2018-2022	15
Figura 5. Distribuição do número de casos de tuberculose por grupo etário e sexo, 2022	17
Figura 6. Evolução da mediana da idade ao diagnóstico, 2008-2022	17
Figura 7. Evolução da proporção de casos bacilíferos nos casos com tuberculose pulmonares, 2009-2022	18
Figura 8. Evolução do número de casos de formas graves de tuberculose (disseminada, meningea e do SNC), 2008-2022	18
Figura 9. Evolução da demora mediana em número de dias entre o início de sintomas até ao diagnóstico de tuberculose, 2010-2022	19
Figura 10. Mediana do número de dias até diagnóstico, por grupos populacionais, 2022	20
Figura 11. Mediana do número de dias até diagnóstico por concelho nos distritos de maior incidência, 2022	20
Figura 12. Evolução do sucesso terapêutico, 2000-2022	22
Figura 13. Taxa de incidência por 100 mil habitantes de tuberculose infantil, 2008-2022	23
Figura 14. Evolução do número de casos de tuberculose grave e não grave, em crianças com idade inferior a 6 anos, 2008-2022	24
Figura 15. Evolução de casos de tuberculose resistente a isoniazida e rifampicina, 2008-2022 (%)	25
Figura 16. Evolução do número de casos de tuberculose multirresistente (MR) e extremamente resistente (XDR), 2000-2022	25
Figura 17. Evolução casos de tuberculose na população imigrante em comparação com população nativa, 2008-2022	26
Figura 18. Distribuição do número de casos de tuberculose em imigrantes por país de origem, 2020- 2022	27
Figura 19. Evolução da demora mediana em número de dias desde o início de sintomas até ao diagnóstico entre a população nativa e imigrantes, 2015-2022	28
Figura 20. Distribuição da proporção de fatores de risco na população imigrante, 2020-2022	29
Figura 21. Evolução da proporção de casos com tuberculose/VIH conhecido e tuberculose/ infeção VIH. 2000-2022	30
Figura 22. Evolução da taxa de notificação de tuberculose em reclusos, 2013-2022	30
Figura 23. Evolução do número de casos de infeção com instituição de tratamento preventivo, 2000-2022	31
Figura 24. Distribuição do número de casos de infeção com instituição de tratamento preventivo, por sexo e grupo etário, 2022	31

Índice de tabelas

Tabela 1. Taxa de notificação de tuberculose por 100 mil habitantes e por região, 2021-2022	12
Tabela 2. Nº de casos e taxa de notificação por 100 mil habitantes e por distrito, quinquénio 2017- 2021 e 2018-2022	13
Tabela 3. Motivo de término de tratamento (excluídos doentes que ainda se encontram “em tratamento”), 2021 e 2022	21
Tabela 4. Resistências aos fármacos antibacilares de 1ª linha, 2022 (nº, %)	24
Tabela 5. Distribuição dos casos de tuberculose em imigrantes por região, 2022	27
Tabela 6. Distribuição dos casos de tuberculose em imigrantes por distrito, 2021 e 2022	28
Tabela 7. Proporção de casos de infeção que iniciaram tratamento preventivo, por distrito, 2021-2022	32

Siglas e Acrónimos

AIMA	Agência para a Integração, Migrações e Asilo
BCG	<i>Bacillus Calmette-Guerin</i>
COVID-19	Doença por Coronavírus, 2019
DGRSP	Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
DGS	Direção-Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
MR	Multirresistente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não-governamental
PNT	Programa Nacional para a Tuberculose
PSSA	Pessoas em situação de sem-abrigo
SVIG-TB	Sistema de Vigilância de Tuberculose
TB	Tuberculose
TBIL	Tuberculose infeção latente
TBMR	Tuberculose multirresistente
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
XDR	Extremamente Resistente

Resumo

O que é este documento?

O documento apresenta o panorama nacional da tuberculose em Portugal, referente ao ano de 2022.

O que consta do documento?

A incidência e a monitorização da tuberculose em Portugal, descrevendo e analisando as várias particularidades demográficas, nomeadamente, a distribuição por concelhos e distritos, as características clínicas e bacteriológicas.

Neste documento é descrita a incidência de tuberculose infantil e multirresistente e a sua relação com os determinantes clínicos, demográficos e sociais.

É também analisada neste documento a tuberculose nos grupos vulneráveis e o tratamento preventivo perante infeção latente.

Quais são as principais conclusões?

- A taxa de notificação da tuberculose mantém a tendência decrescente.
- Tivemos um decréscimo de 5,1%/ano (2018-2022) vs 4,9%/ano (2017-2021).
- Os distritos do Porto e de Lisboa mantêm-se como as regiões com maior incidência de tuberculose, o distrito do Porto apresentou taxas de notificação decrescente e no distrito de Lisboa verificou-se um discreto aumento da incidência da doença e com aumento da mesma na população imigrante.
- A população imigrante mantém-se como uma população em maior situação de vulnerabilidade, com uma taxa de notificação 4 vezes superior à média nacional.
- Verificou-se uma redução na mediana de dias até ao diagnóstico em virtude da diminuição da demora atribuída ao utente. Os grupos em situações mais vulneráveis e em maior risco de tuberculose mantêm uma demora superior à mediana nacional.

O que se quer atingir em anos futuros?

- Manter a tendência decrescente da taxa de notificação da tuberculose em Portugal.
- Manter a resposta dos cuidados de saúde em tuberculose e garantir celeridade no atendimento do doente.
- Manter a gratuidade no processo de metodologia diagnóstica e terapêutica.
- Melhorar a literacia em tuberculose quer da população, quer dos profissionais de saúde.
- Reforçar a importância de cuidados de saúde integrados e centrados no doente.
- Manter as estratégias conjuntas com Sociedade Civil, ONG, AIMA e outros parceiros, facilitando o acesso dos grupos em situações mais vulneráveis aos cuidados de saúde em tuberculose.
- Promover os cuidados preventivos em tuberculose - rastreio e tratamento - como políticas fundamentais para evitar o aparecimento de futuros novos casos e assim, controlar a doença, especialmente os que estão em situações mais vulneráveis.

Considerações Prévias

De acordo com o *Global Tuberculosis Report 2023*¹, após a disrupção de serviços e consequente redução da capacidade de deteção de tuberculose em 2020 e 2021 provocada pela pandemia por COVID-19, verificou-se que, em 2022, o número de pessoas diagnosticadas com tuberculose aumentou e que uma parte dos casos detetados em 2021 e 2022 poderá corresponder a diagnósticos tardios pelas disrupções associadas à pandemia por COVID-19. A tuberculose foi, em 2022, a segunda maior causa de morte por agente infeccioso único, após a COVID-19, estimando-se que tenham ocorrido 1,3 milhões de mortes, um número superior ao verificado em 2019.

Em Portugal, o decréscimo da taxa de notificação de tuberculose verificado em 2020 e 2021 (de 18,3 casos por 100 mil habitantes-ano em 2019 para 14,8 casos por 100 mil habitantes-ano), manteve-se em 2022 (14,5 casos por 100 mil habitantes-ano). A redução verificada parece, portanto, ser sustentada na generalidade do país, o que poderá ser resultado da manutenção da resposta dada à tuberculose durante o período pandémico e das medidas dirigidas à população para controlo da transmissão da COVID-19. Os Centros de Diagnóstico Pneumológico mantiveram-se sempre em funcionamento, efetuando o diagnóstico dos doentes com suspeita de tuberculose e o acompanhamento dos doentes em tratamento. Manteve-se a gratuitidade do rastreio, diagnóstico e tratamento, assim como a concentração dos doentes complexos em Centros de Referência e a articulação com as diferentes estruturas dos cuidados de saúde, comunitárias e sociais.

De acordo com os dados obtidos, a mediana de dias entre a data de início de sintomas e o diagnóstico diminuiu para 82 dias, face aos 86 dias em 2021. Esta redução deveu-se a um menor atraso atribuído ao utente, que passou de 50 para 43 dias. A demora atribuível aos cuidados de saúde foi de 12 dias, sendo inferior aos 14 dias registados em 2019. Este facto poderá refletir, em parte, a celeridade conquistada com os testes moleculares de resistência e a sequenciação genómica. Apesar disso, continua a verificar-se um atraso significativo no diagnóstico de tuberculose, que em 2022 foi globalmente superior ao verificado em 2019 (74 dias). Este atraso prolonga o período de contagiosidade da doença, que apenas é interrompido com o início do tratamento.

Em Portugal, a tuberculose afeta sobretudo populações em situações vulneráveis, onde se incluem pessoas que vivem com VIH, imigrantes, pessoas em situação de sem-abrigo ou reclusão, pessoas com dependências e pessoas com exposição ocupacional à sílica.

A procura ativa de casos através do rastreio de tuberculose ativa e de infeção latente nestas populações mantém-se como estratégia fundamental para o controlo e eliminação da tuberculose em Portugal. Assim, o Programa Nacional para a Tuberculose da Direção Geral da Saúde tem procurado celebrar protocolos que facilitem a implementação desta estratégia com diversos parceiros, incluindo ONG, AIMA, Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Programa Nacional de Saúde Ocupacional, bem como reforçar a sua monitorização e acompanhamento no terreno.

1. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>

Mensagem da Diretora

O Plano Nacional de Saúde 2030 elenca a tuberculose como um desafio do presente e uma das áreas de intervenção nacionais. Apesar da redução progressiva da sua incidência, Portugal, no contexto europeu e dos países de alto rendimento ainda é dos países com maior incidência e com um elevado atraso no diagnóstico.

Entender a tuberculose como uma doença infecciosa com elevada vulnerabilidade e elevado impacto social, significa apostar na modernização da sua vigilância e monitorização, assim como na prestação de cuidados. A promoção do conhecimento da população sobre a doença e os seus sintomas e sinais de alarme é relevante para o diagnóstico precoce, que permitirá uma instituição célere de tratamento eficaz, evitando a propagação da doença.

Em Setembro de 2023, na Assembleia Geral das Nações Unidas, os países comprometeram-se em investir na prevenção e cuidados de saúde integrados, centrados no doente; no desenho de políticas relevantes e sistemas de suporte e na promoção de investigação intensiva e inovação.

Qual o objetivo? Reduzir em 95% número de mortes por TB e 90% da taxa de incidência de tuberculose até 2035. Ambicioso? Talvez. Irá Portugal conseguir?

Em Portugal, o decréscimo da taxa de incidência de tuberculose manteve-se em 2022, situando-se nos 13,4 casos por 100 mil habitantes/ano. Esta diminuição tem sido feita pela implementação de estratégias de uniformização no diagnóstico e tratamento, pela manutenção da gratuitidade do tratamento para facilitar a adesão à medicação, e pela utilização de testes moleculares para diagnóstico da tuberculose, permitindo a deteção precoce de mutações que conferem resistência aos fármacos de primeira e segunda linha. Em acréscimo, é especialmente profícua a realização de sequenciação genómica do *Mycobacterium tuberculosis* em todos os casos de tuberculose multirresistente, permitindo o melhor conhecimento da infeção e adequação terapêutica.

O trabalho desenvolvido com organizações de base comunitária para aumentar a literacia em saúde e a adesão terapêutica, a sensibilização para a importância do rastreio, especialmente quando expostos a um novo caso ou quando existe necessidade de administração de tratamento preventivo, tem contribuído para a redução novos casos e para a concretização dos objetivos até 2035.

No próximo quinquénio, deve-se impulsionar o rastreio da tuberculose, enquanto estratégia de maior impacto de prevenção de novos casos, assim como a promoção de investigação e inovação para controlo da tuberculose. A tuberculose não deve ser uma doença vista de forma isolada, especialmente em situações de maior vulnerabilidade. A implementação de estratégias integradas no âmbito da TB, VIH, IST e Hepatites virais salienta a importância de ação sobre os determinantes sociais, contribuindo para uma redução do estigma associado às infeções. Apenas assim conseguiremos ser bem-sucedidos.

Rita Sá Machado
Diretora-Geral da Saúde

1. Tuberculose em Portugal



Em 2022 foram notificados 1518 casos de tuberculose em Portugal, 1403 novos casos e 115 retratamentos, correspondendo a uma taxa de notificação de 14,5 casos por 100 mil habitantes e uma taxa de incidência de 13,4 casos por 100 mil habitantes (Figura 1). Registaram-se 91 mortes por tuberculose, o que corresponde a uma letalidade de 8,6% na totalidade dos casos notificados. A letalidade foi superior no grupo etário ≥ 65 anos, comparativamente com o total de casos (16,6% vs. 6,0%). (dados SVIG-TB). A região de Lisboa e Vale do Tejo e a região Norte mantiveram-se como as regiões de maior incidência, com 17,8 e 15,8 casos por 100 mil habitantes, respetivamente.

Os homens continuam a ser mais afetados do que as mulheres (65,7% do total de casos notificados em 2022), especialmente na idade adulta. Em 2022, 3,3% 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 6,1 casos por 100 mil crianças com 0-5 anos. A população imigrante manteve-se como uma população em situação de maior vulnerabilidade, com uma taxa de notificação 4 vezes superior à média nacional (58,5 casos por 100 mil imigrantes em 2022), verificando-se também um aumento na proporção de casos, em comparação com 2021 (30,1% em 2022 e 25,9% em 2021).

A localização mais frequente da doença foi pulmonar (70,9% em 2022). Destes, 55,3% dos casos eram bacilíferos. Neste grupo, a demora até ao diagnóstico apresentou uma mediana de 53 dias (mediana nacional de 82 dias). A proporção de casos com confirmação por cultura ou por exame direto e teste de amplificação de ácidos nucleicos foi de 56,4%.

Em 610 casos confirmados (71,3%) foi realizado o teste de suscetibilidade aos antibióticos, tendo sido detetada multirresistência em 11 casos. A maioria dos casos ocorreu na região de Lisboa e Vale do Tejo (66,7%).

Em 2022, 76,7% dos casos notificados foram testados para VIH (83,9% em 2021) e 9,3% apresentavam coinfeção TB/VIH.

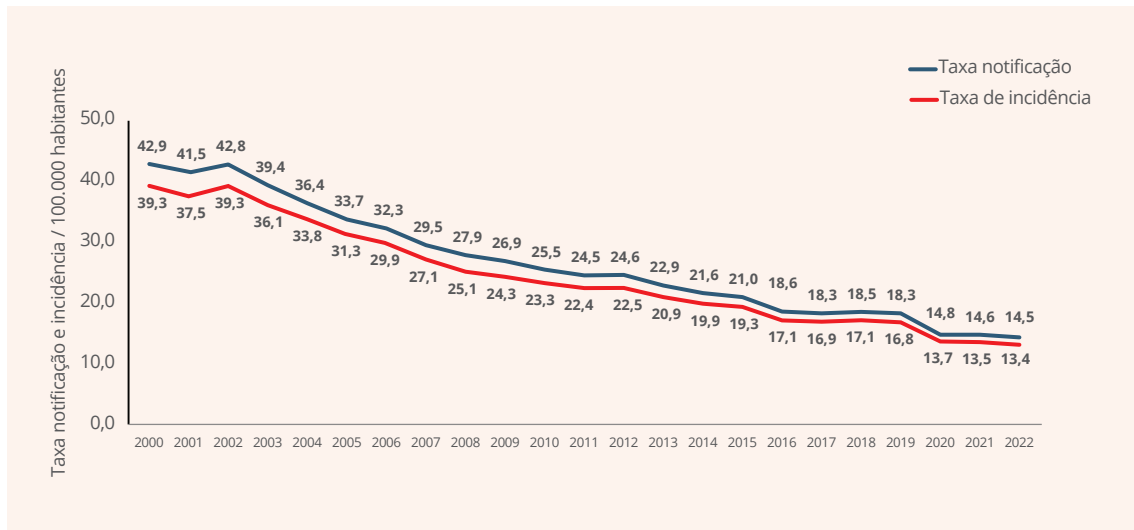
O sucesso terapêutico ocorreu em 77,1% dos casos notificados.

1.1. Evolução da tuberculose em Portugal

A taxa de incidência de tuberculose acompanhou a tendência decrescente que já se vinha a encontrar.

O decréscimo anual da taxa de notificação entre 2018 e 2022 foi de 5,1%/ano (4,9%/ano no quinquénio 2017-2021).

Figura 1. **Evolução da taxa de notificação e de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes em Portugal, 2000-2022**



Fonte: SVIG-TB 2023

1.1.1. Distribuição dos casos de tuberculose por região, distrito e concelhos

Analisando a distribuição dos casos notificados pelas sete regiões de Portugal Continental e Regiões Autónomas, manteve-se o predomínio de casos de tuberculose na região de Lisboa e Vale do Tejo e na região Norte. Entre 2021 e 2022, na região de Lisboa e Vale do Tejo verificou-se uma subida da taxa de notificação de 16,8 para 17,8 casos por 100 mil habitantes, enquanto na região Norte se identificou um decréscimo de 17,5 para 15,8 por 100 mil habitantes (Tabela 1).

A subida da taxa de notificação na região de Lisboa e Vale do Tejo pode ser explicada pelo aumento do número de casos no distrito de Lisboa, verificando-se assim uma recuperação dos valores de taxa de notificação para níveis semelhantes aos de 2020, ou seja, com uma taxa de notificação superior a 20 casos por 100 mil habitantes (Anexo 1).

Para além do distrito de Lisboa, os distritos do Porto e Setúbal também apresentaram uma taxa de notificação no quinquénio superior a 20 casos por 100 mil habitantes (Tabela 2). A evolução do número de casos notificados e da taxa de notificação de tuberculose por distrito entre 2017 e 2022 encontra-se descrita no Anexo 1.

Tabela 1. **Taxa de notificação de tuberculose por 100 mil habitantes e por região, 2021-2022**

Ano	2021		2022	
	Nº de casos	Taxa de Notificação/ 100 000 habitantes	Nº de casos	Taxa de Notificação/ 100 000 habitantes
Norte	626	17,5	574	15,8
Lisboa e Vale do Tejo	620	16,8	668	17,8
Algarve	70	15,0	71	15,0
Alentejo	47	10,0	37	7,9
Centro	144	8,7	140	8,5
R. A. Açores	17	7,2	17	7,1
R. A. Madeira	10	4,0	11	4,3

Fonte: SVIG-TB 2023

Tabela 2. **Nº de casos e taxa de notificação por 100 mil habitantes e por distrito, quinquénio 2017-2021 e 2018-2022**

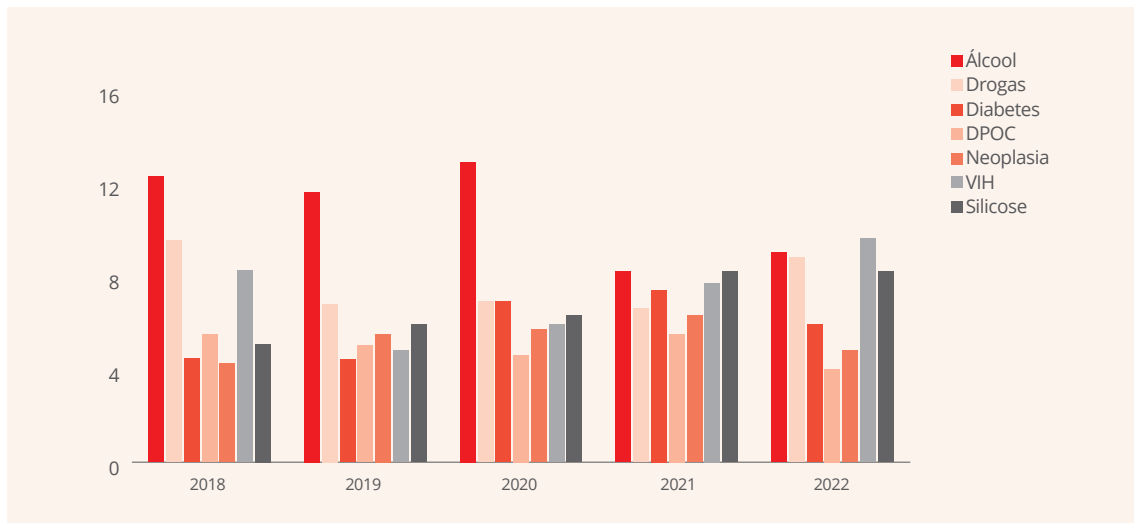
Distrito	Casos 2017-2021	Taxa de notificação 2017-2021	Casos 2018-2022	Taxa de notificação 2018-2022
Aveiro	415	12,0	393	11,3
Beja	132	18,7	128	18,2
Braga	598	14,4	556	13,4
Bragança	64	10,3	65	10,5
Castelo Branco	140	15,7	143	16,1
Coimbra	144	7,1	133	6,6
Évora	35	4,6	28	3,7
Faro	378	17,2	370	16,9
Guarda	99	13,8	95	13,3
Leiria	165	7,3	163	7,1
Lisboa	2686	23,6	2591	22,6
Portalegre	43	8,2	34	6,6
Porto	2142	24,1	2047	23,0
Santarém	188	8,8	160	7,5
Setúbal	912	21,4	868	20,4
Viana do Castelo	184	16,0	159	13,9
Vila Real	125	13,1	121	12,7
Viseu	188	10,7	185	10,5
Região Autónoma dos Açores	101	8,3	105	8,7
Região Autónoma da Madeira	64	5,063	5,0	5,2

Fonte: SVIG-TB 2023

O distrito do Porto apresentou uma ligeira diminuição dos casos notificados (376 em 2022 vs. 384 em 2021), correspondendo a uma taxa de notificação de 20,7 casos por 100 mil habitantes. Ao nível de fatores de risco, predominou o consumo de álcool ou drogas, 9,0% e 8,8% respetivamente. Neste distrito, verificou-se em 2022 um aumento da proporção de casos em pessoas que vivem com VIH (8,6%), comparativamente ao ano de 2020, mantendo-se a proporção de doentes com silicose (8,2%) (Figura 2).

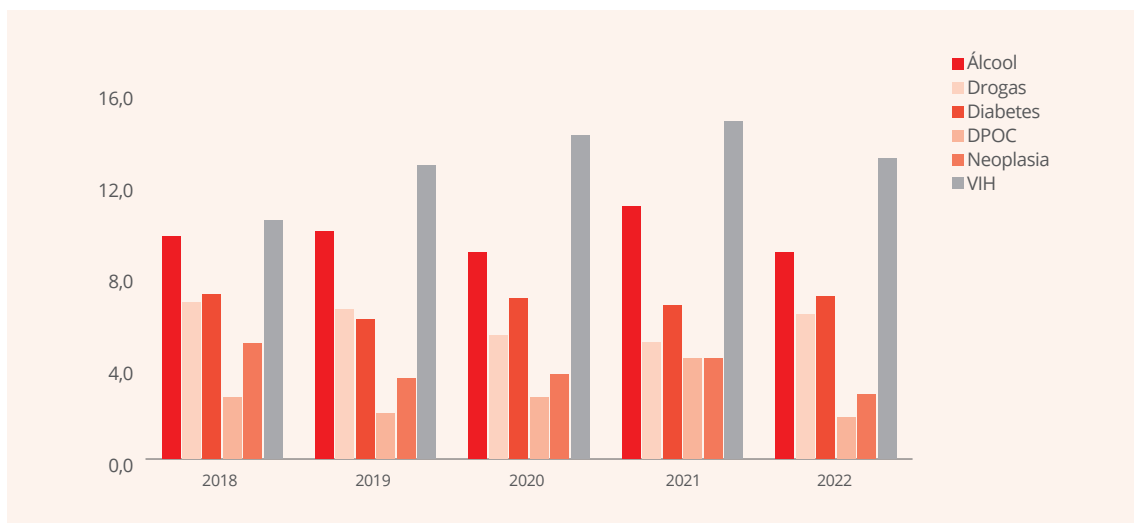
No distrito de Lisboa, em concordância com o aumento de casos na região de Lisboa e Vale do Tejo, verificou-se um aumento dos casos notificados (495 em 2022 vs. 440 em 2021), o que corresponde a um número médio de 474 doentes/ano, no último triénio. Mantém-se uma maior proporção de casos na população imigrante (51,5%). Em 2022, neste distrito, verificou-se uma redução na proporção de casos de TB em pessoas que vivem com VIH (13,1% em 2022 vs. 14,7% em 2021 vs. 14,1% em 2020) (Figuras 3).

Figura 2. **Distribuição da proporção dos fatores de risco no distrito do Porto, 2018-2022**



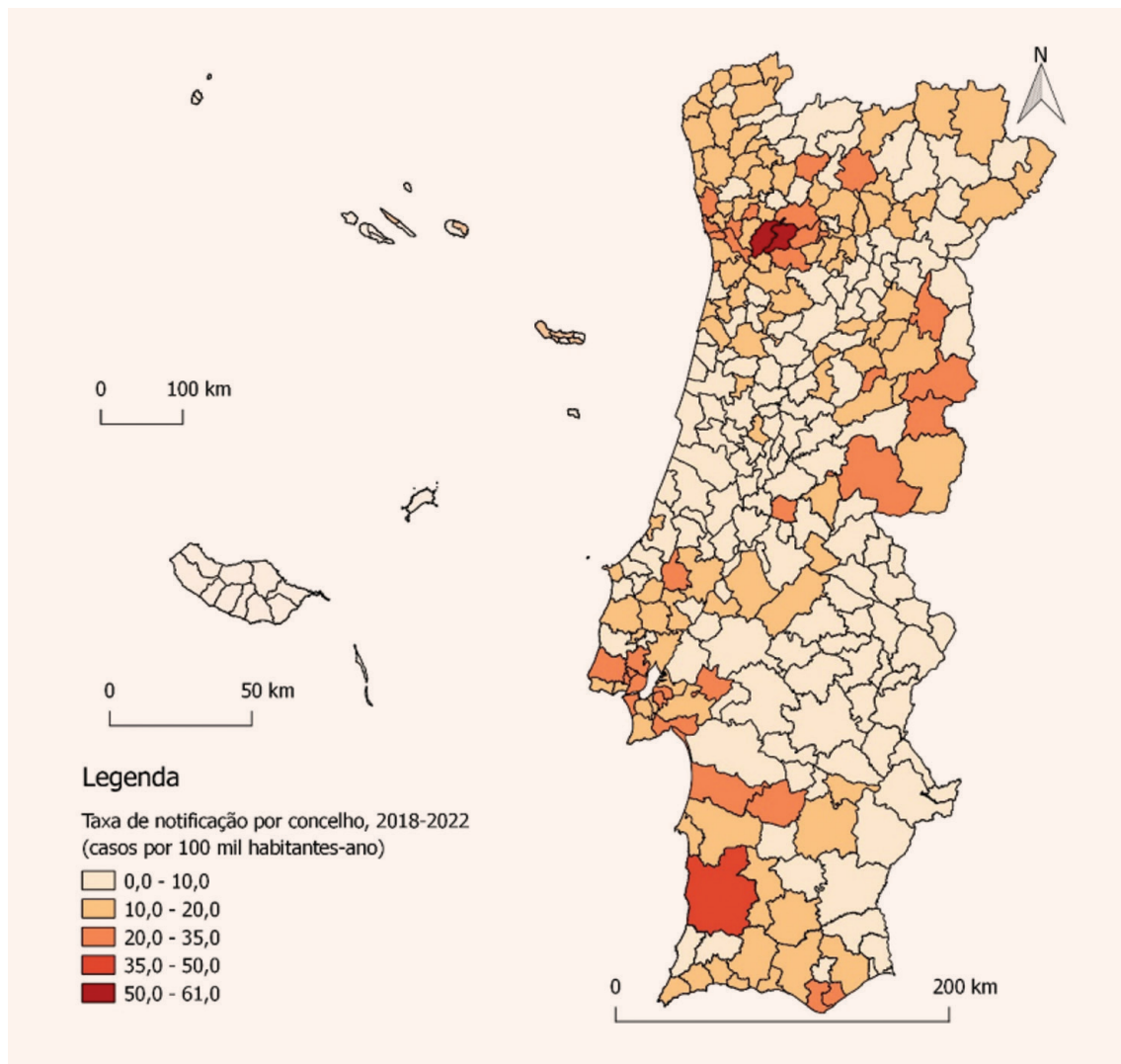
Fonte: SVIG-TB 2023

Figura 3. **Distribuição da proporção dos fatores de risco no distrito de Lisboa, 2018-2022**



Fonte: SVIG-TB 2023

Figura 4. Taxa de notificação por 100 mil habitantes por concelho, 2018-2022



Fonte: SVIG-TB 2023

Analisando a distribuição por concelhos nos distritos de Lisboa e Porto, no quinquénio 2018-2022, verificou-se no distrito do Porto, o predomínio de casos nos concelhos de Marco de Canaveses (60,7 casos por 100 mil habitantes) e Penafiel (53,5 casos por 100 mil habitantes) (Anexo 2; Figura 4). Neste último concelho, foram notificados menos casos que em 2021 (39 casos em 2022 vs. 41 casos em 2021). Em Marco de Canaveses e Penafiel, embora a silicose seja o factor de risco mais frequente, verifica-se que a proporção de casos diagnosticados em doentes sem fatores de risco é superior à nacional (46,4% vs. 31,2%, em 2022).

O concelho do Marco de Canaveses apresentou, no quinquénio 2018-2022, a taxa de notificação mais elevada em Portugal e um aumento do número de casos notificados em 2022, confirmando a tendência dos últimos 3 anos (30 casos em 2022 vs. 26 casos em 2021 vs. 13 casos em 2020). No quinquénio 2018-2022, nos concelhos de Penafiel e Marco de Canaveses, o factor de risco mais frequentemente reportada foi a silicose (32,8%, 111/338), seguida do consumo de álcool (8,6%, 29/338), neoplasia (6,2%, 21/338) e diabetes (3,6%, 12/338).

Relativamente ao concelho do Porto, este apresentou, no quinquénio 2018-2022, uma taxa de notificação de 27,9 casos por 100 mil habitantes). Identificam-se como principais fatores de risco: a população imigrante

(19,0%), o consumo de drogas (17,2%), a infeção por VIH (16,3%), o consumo de álcool (12,1%) a doença hepática (10,3%) e a diabetes (10,3%). A mediana de dias entre o início dos sintomas até ao diagnóstico foi de 88 dias (118 dias em 2021), portanto, mais 6 dias do que a mediana nacional, sendo 43 dias atribuídos ao doente. A demora mediana atingiu o valor máximo de 156 dias na população imigrante (demora nacional de 81 dias), 126 dias nas pessoas que vivem com VIH (demora nacional de 94 dias), 82 dias nos utilizadores de drogas (demora nacional de 86 dias) e 58 dias nos doentes com consumo de álcool e doença hepática (demora nacional de 64 dias). Assim, em todas populações em situação vulnerável, exceto nos utilizadores de drogas, a demora mediana foi superior à demora mediana nacional.

No distrito de Lisboa, no quinquénio 2018-2022, os concelhos com maior taxa de notificação foram a Amadora com 34,4 casos por 100 mil habitantes, Odivelas com 33,6 casos por 100 mil habitantes, Loures com 31,6 casos por 100 mil habitantes e Lisboa com 24,1 casos por 100 mil habitantes (Anexo 4). Embora o concelho de Lisboa apresente um ligeiro decréscimo da taxa de notificação em 2022 (21,9 casos por 100 mil habitantes em 2022 vs. 22,0 casos por 100 mil habitantes em 2021), os concelhos da Amadora (33,2 casos por 100 mil habitantes em 2022 vs. 21,0 casos por 100 mil habitantes em 2021), Odivelas (34,6 casos por 100 mil habitantes em 2022 vs. 25,1 casos por 100 mil habitantes em 2021) e Loures (28,5 casos por 100 mil habitantes em 2022 vs. 22,8 casos por 100 mil habitantes em 2021) apresentaram um aumento significativo na taxa de notificação, refletindo-se este aumento na taxa de notificação, quer do distrito de Lisboa, quer da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Verificou-se uma maior proporção de casos de tuberculose na população imigrante no concelho de Loures, correspondendo a 69,0% dos casos notificados nesse concelho em 2022 (62,2% em 2021). Nos concelhos da Amadora, Odivelas e Lisboa, esta proporção foi de 62,0% (64,7% em 2021), 63,5% (64,9 % em 2021) e 41,9% (49,2% em 2021) respetivamente. A coinfeção VIH ocorreu em 13,8%% dos doentes na Amadora, 12,1% dos doentes em Lisboa, 11,3%% dos doentes em Loures e 10,9% em Odivelas.

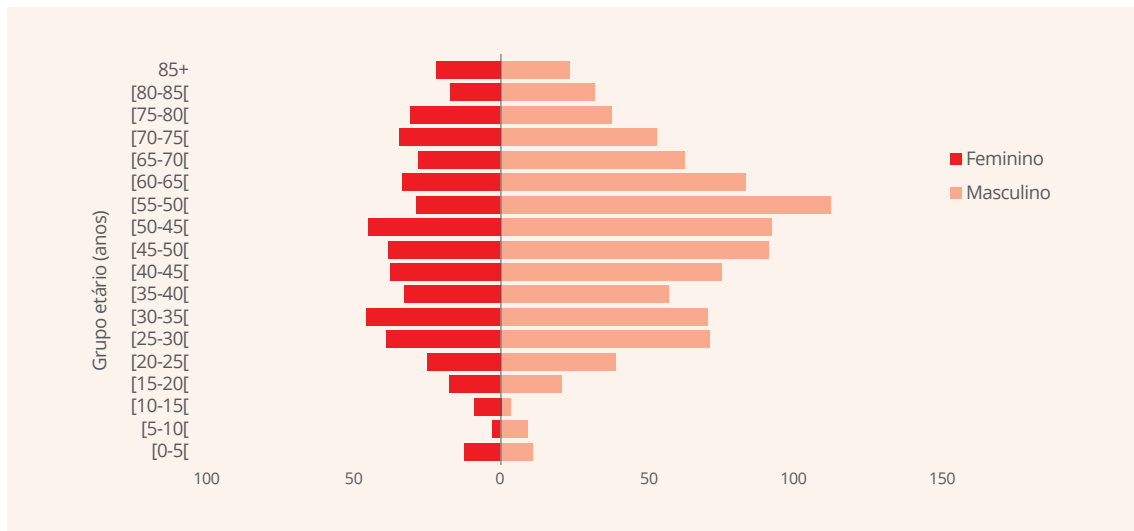
1.1.2. Caracterização demográfica dos casos

Aproximadamente dois terços dos casos de tuberculose em 2022 ocorreram no sexo masculino (997 de 1518 casos) (Figura 5).

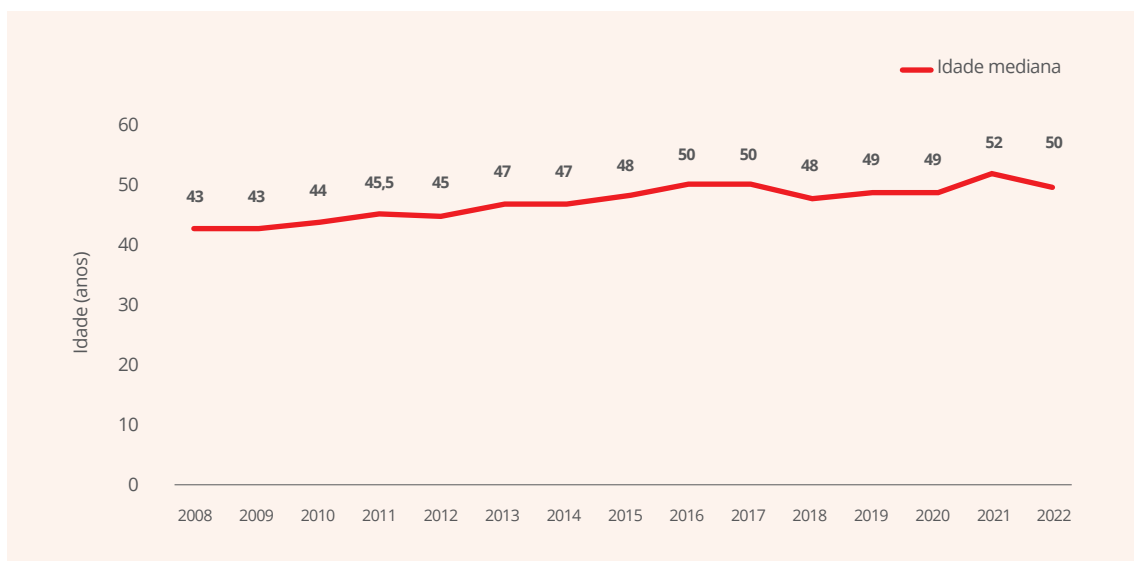
A idade mediana aumentou progressivamente até 2017, altura em que atingiu os 50 anos. Após um aumento da idade mediana para 52 anos em 2021, esta diminuiu para os 50 anos novamente em 2022 (Figura 6). Contudo, verificou-se que foi de 37 anos na população imigrante e de 55 anos na população nativa.

Considerando os distritos de maior incidência, verificou-se que em 2022, a idade mediana foi menor no distrito de Lisboa (43 anos) do que no distrito do Porto (52 anos). No distrito do Porto, no quinquénio 2018-2022, a idade mediana foi de 53 anos no Marco de Canaveses e 52 anos no concelho do Porto e em Penafiel. Nos concelhos de maior incidência do distrito de Lisboa, no quinquénio 2018-2022, a idade mediana foi de 37,5 anos na Amadora, 41 anos em Odivelas, 41,5 anos em Loures e 44 anos no concelho de Lisboa..

Em 2022, 359 casos ocorreram em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (23,6% do total de casos) e 48 casos ocorreram em indivíduos com idade igual ou superior a 85 anos (3,2% do total de casos). A localização pulmonar continua a ser a forma predominante de tuberculose nos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, mas com uma menor proporção face ao total dos casos (61,0% vs. 70,9%).

Figura 5. **Distribuição do número de casos de tuberculose por grupo etário e sexo, 2022**

Fonte: SVIG-TB 2023

Figura 6. **Evolução da mediana da idade ao diagnóstico, 2008-2022**

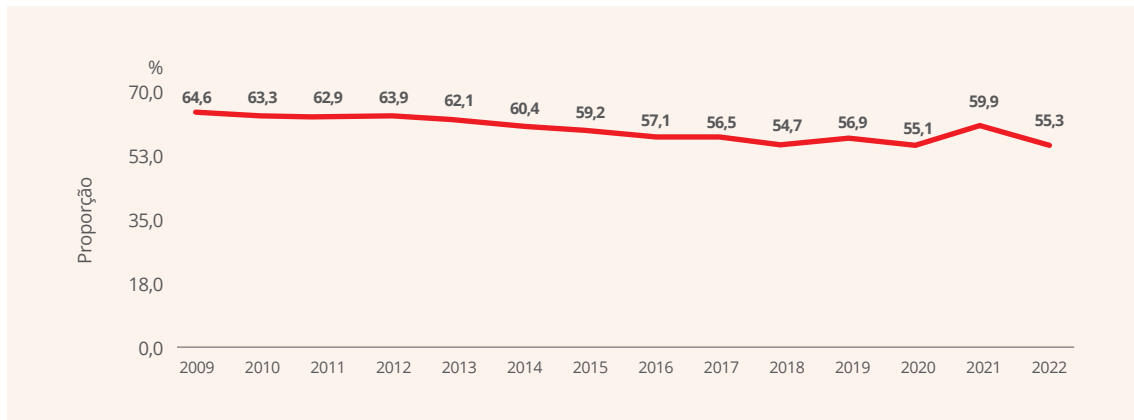
Fonte: SVIG-TB 2023

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 (1077 casos, correspondendo a 70,9% do total em 2022). Destes, em 979 doentes (90,6%) o meio de deteção foi por rastreio passivo (presença de sintomas) e cerca de 54,7% apresentavam alterações imagiológicas (forma cavitada). Cerca de metade dos doentes (55,3%) com tuberculose pulmonar eram bacilíferos (com resultado positivo no exame direto das amostras respiratórias), verificando-se que este valor desceu ligeiramente quando comparado com 2021, regressando aos valores verificados desde 2017 (Figura 7). Nas formas pulmonares cavitadas, 73,3% (432 casos) são bacilíferos, significando assim uma maior possibilidade de transmissão da doença.

Figura 7. **Evolução da proporção de casos bacilíferos nos casos com tuberculose pulmonares, 2009-2022**

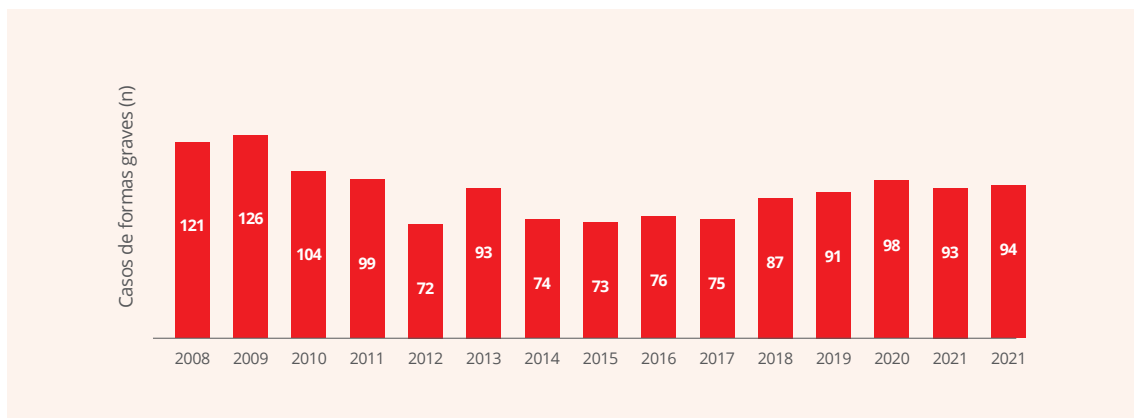


Fonte: SVIG-TB 2023

As formas linfática extratorácica (6,0%) e pleural (5,9%) mantiveram-se como as formas extrapulmonares mais frequentes em 2022. Neste grupo de doentes, predominou o sexo masculino (57,5%) e verificou-se uma idade mediana de 48 anos. Como fatores de risco das formas extrapulmonares, destacam-se, ser imigrante (32,1%), coinfeção VIH (6,6%) e ter diabetes (5,0%). A sintomatologia foi o meio de deteção em 90,1% dos casos com uma demora mediana de 85 dias.

Em 2022, ocorreram 94 casos de formas graves de tuberculose - disseminada, meníngea ou do sistema nervoso central e que representam 6,2% do número total de casos (Figura 8). Os principais fatores de risco associados às formas graves da doença foram a infeção por VIH (OR 6.3), a dependência de drogas (OR 2.3) e a imigração (OR 1.7).

Figura 8. **Evolução do número de casos de formas graves de tuberculose (disseminada, meníngea e do SNC), 2008-2022**



Fonte: SVIG-TB 2023

Embora apresentando uma redução, a mediana de dias até ao diagnóstico tem-se mantido elevada com 82 dias em 2022 (86 dias em 2021) quando comparada com 60 dias em 2010. Em 2022 verificou-se uma diminuição da demora atribuída ao utente (desde a data de início de sintomas até à data do primeiro contacto com os serviços de saúde) de 50 para 43 dias, mantendo-se estável a demora atribuída aos serviços de saúde (12 dias) (Figura 9).

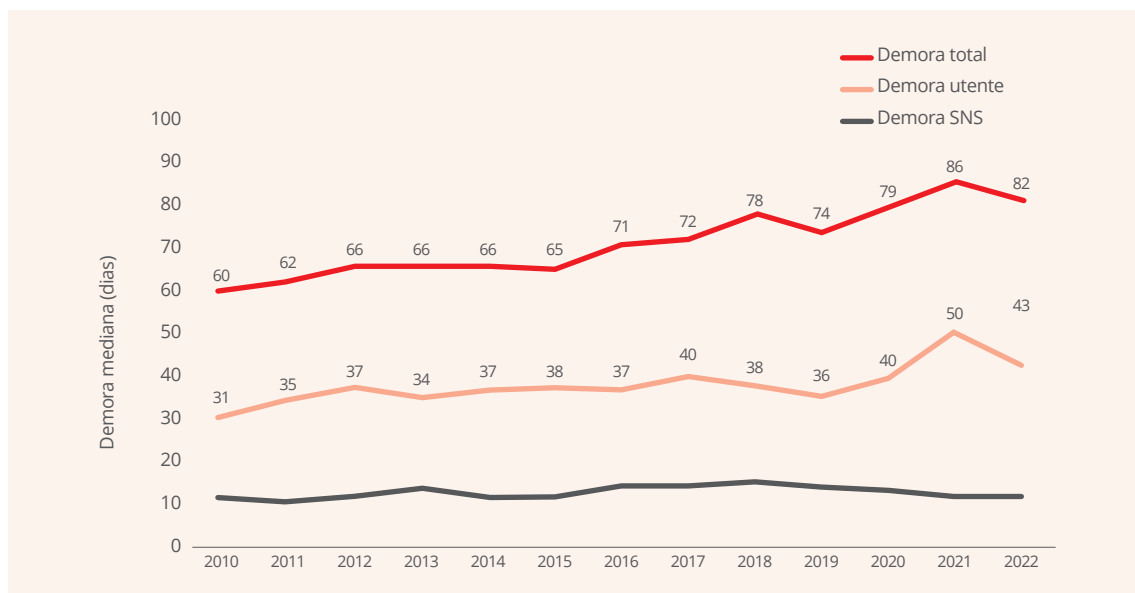
Nas populações com factores de risco para a tuberculose, verificou-se um valor superior à mediana nacional, atingindo o seu valor máximo (94 dias) nas pessoas que vivem com VIH e nos utilizadores de drogas (86 dias) (Figura 10).

Na tuberculose pulmonar, a demora mediana aumentou nos grupos etários mais velhos, tendo sido superior a 82 dias nos grupos etários 45-54 anos e 65-74 anos. Na tuberculose extrapulmonar, a demora mediana foi igual ou superior a 82 dias em todos os grupos etários, exceto nos dos 0-4 anos (44 dias) e 35-44 anos (70 dias).

Relativamente aos casos de tuberculose pulmonar bacilífera, verificou-se uma demora mediana de 76 dias em 2022. Embora recomendado por rotina em todos as amostras positivas, o teste molecular rápido de deteção de resistências apenas foi realizado apenas em 149 casos (25%) de tuberculose pulmonar.¹

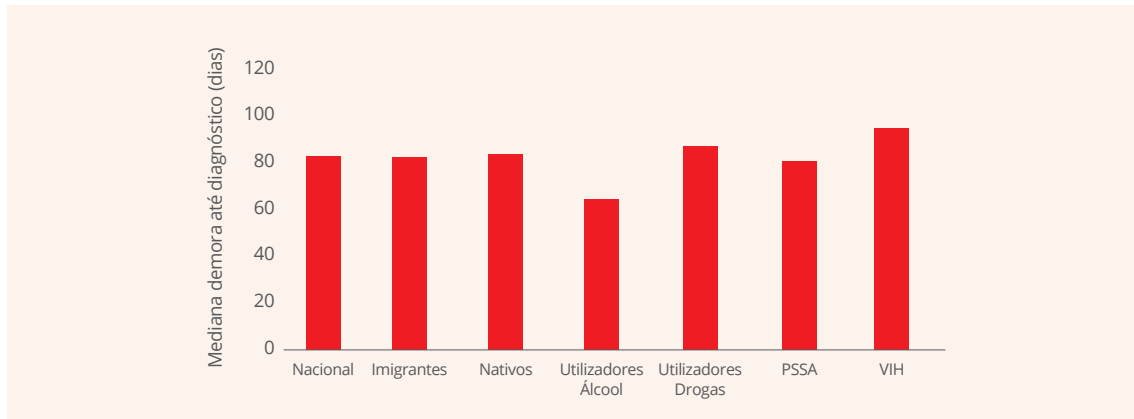
Analisando a mediana de dias até ao diagnóstico por regiões, verificou-se que a Região Autónoma da Madeira apresentou o maior atraso no diagnóstico (113 dias) (nesta região foram notificados apenas 11 casos em 2022 – Tabela 1), seguindo-se a região do Algarve (90 dias), região de Lisboa e Vale do Tejo (87 dias), região Norte (82 dias), região Autónoma dos Açores (65 dias), Centro (63 dias) e Alentejo (62 dias). Nos concelhos de maior incidência dos distritos do Porto, a demora foi superior à nacional: no concelho do Porto (88 dias), seguido do concelho de Penafiel (85 dias) e Marco de Canaveses (83 dias). No distrito de Lisboa, apenas Odivelas apresentou uma demora superior à nacional (87 dias). Loures apresentou uma demora de 79 dias, seguido de Lisboa com 72 dias e Amadora com 41 dias (Figura 11). Comparando com os dados de 2021, todos os concelhos de maior incidência apresentaram uma redução da demora à exceção de Lisboa que apresentou um aumento de cerca de 7 dias (65 dias em 2021 vs. 72 dias em 2022).

Figura 9. **Evolução da demora mediana em número de dias entre o início de sintomas até ao diagnóstico de tuberculose, 2010-2022**

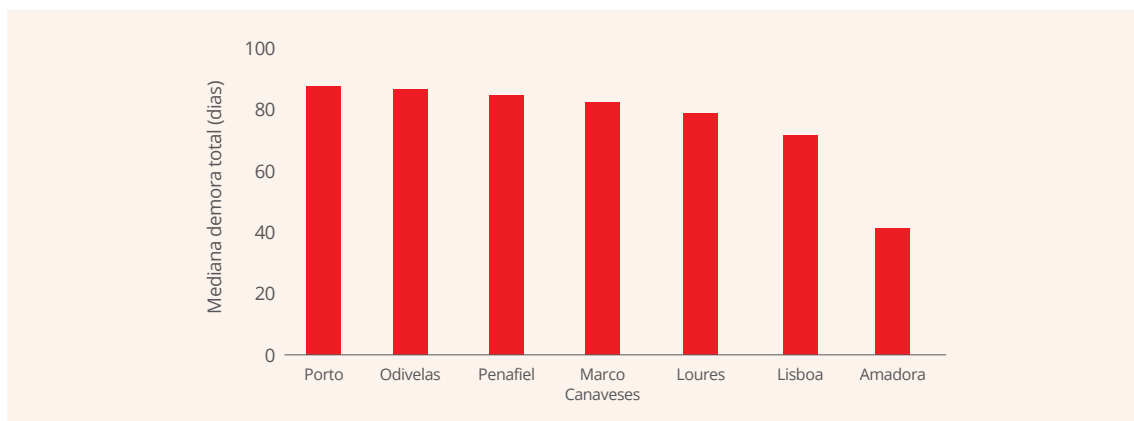


Fonte: SVIG-TB 2023

1. Os dados de demora referem-se aos registados pelos profissionais de saúde que preenchem os formulários do SVIG-TB, nomeadamente relativamente à data de início de sintomas, data de primeiro contacto com os serviços de saúde (devendo ser considerado o de qualquer nível de cuidados) e data de início de tratamento.

Figura 10. **Mediana do número de dias até diagnóstico, por grupos populacionais, 2022**

Fonte: SVIG-TB 2023

Figura 11. **Mediana do número de dias até diagnóstico por concelho nos distritos de maior incidência, 2022**

Fonte: SVIG-TB 2023

1.2.2. Confirmação laboratorial e resultado do tratamento

De acordo com os dados atuais, em 2022 foram confirmados por cultura ou por exame direto e teste de amplificação de ácidos nucleicos, 856 casos de tuberculose, que correspondem a 56,4% do número total de casos. A proporção de confirmação foi superior quando se analisaram apenas os casos de tuberculose pulmonar – 730 casos (67,8%), embora o valor obtido seja subdimensionado devido ao atraso na notificação e informatização dos casos de tuberculose.

A confirmação bacteriológica da tuberculose é essencial para a monitorização da doença e para o conhecimento do perfil de suscetibilidades aos antimicrobianos, pelo que devem ser efetuados todos os esforços para a obtenção de amostras e exame cultural. Em 2022, 322 casos foram classificados como prováveis (exame direto ou teste de amplificação de ácidos nucleicos ou exame anatomopatológico compatível) e 340 (21,2%) casos como possíveis (critérios clínicos e/ou imagiológicos).

No ano de 2022, o sucesso terapêutico entre a totalidade dos casos confirmados foi de 53,3%. Este valor encontra-se ainda abaixo do desejado, sendo, contudo, praticamente sobreponível ao valor de 2021, relatado em 2022 no período homólogo (61%) e atingindo atualmente, um valor ainda provisório de 76,6% em 2021. (Figura 12).

Após exclusão dos doentes classificados como “em tratamento” e que correspondem a 30,3% dos casos notificados, verificou-se que o sucesso terapêutico foi de 77,1%, 8,8% interromperam o tratamento e em 5,4% verificou-se transferência do doente (Tabela 3).

Estratificando por localização principal da doença, verificou-se um maior sucesso terapêutico no ano de 2022, nas formas extrapulmonares (80,2%) comparativamente com a forma pulmonar (75,8%). O sucesso terapêutico é também superior na população nativa (80,4%) quando comparada com a população imigrante (68,7%), podendo este fator ser explicado pela proporção de interrupções ao tratamento por parte da população imigrante (15,3% vs. 6,3% na população nativa), bem como com a emigração (12,9% vs 2,5% na população nativa). Analisando o sucesso por região, verificou-se que o Alentejo (60%), Região Autónoma dos Açores (66,7%) e a região de Lisboa e Vale do Tejo (72,3%), apresentaram um sucesso terapêutico inferior ao verificado a nível nacional (77,1%). As restantes regiões apresentaram valores superiores ao valor nacional, com a região Norte a atingir um sucesso terapêutico de 79,9%, o Algarve de 80%, a região Autónoma da Madeira 83,3% e o Centro 87,4%. Relativamente à faixa etária, apenas os doentes com idade igual ou superior a 80 anos, obtiveram um sucesso terapêutico abaixo dos 70% (69,2% nos casos com idade entre os 80-84 anos e 47,7% 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 50-54 anos (86,5%).

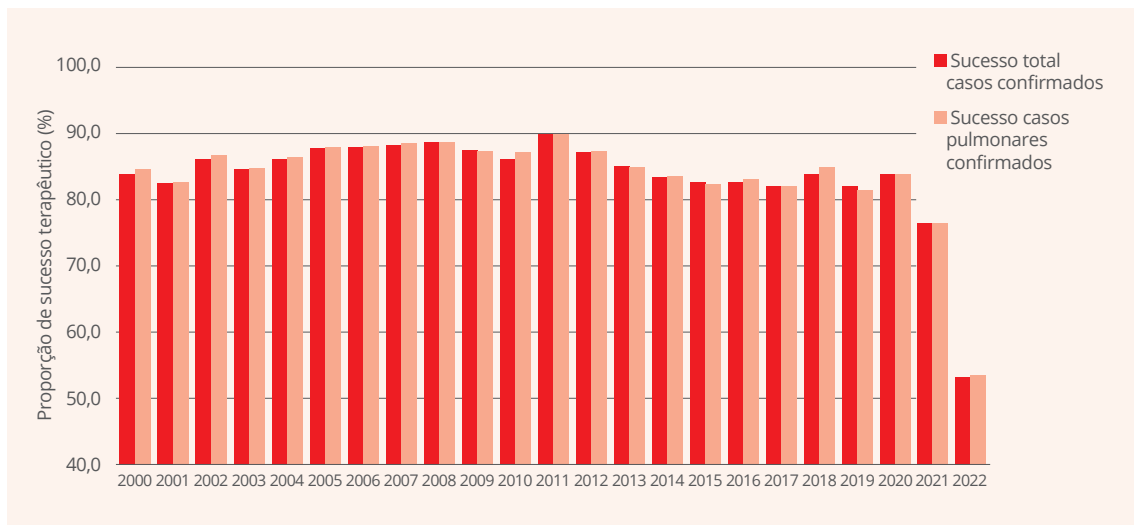
Em 2022 registaram-se 91 mortes por tuberculose (83 casos em 2021 vs. 102 em 2020), dados SVIG-TB 2023. Do total dos óbitos registados, 93,4% corresponderam a novos casos, com uma idade mediana de 70 anos (73,5 anos em 2021 e 69 anos em 2020). Nos fatores de risco, nos óbitos por tuberculose, destacam-se a neoplasia (14,3%), DPOC (9,9%) a doença hepática (9,9%) e a diabetes (6,6%). Outros fatores de risco identificados foram ser morador em residências comunitárias (14,3%), o consumo de álcool (9,9%), ser imigrante (9,9%) e ser utilizador de drogas (8,8%). Deve ser ainda referido que a totalidade dos doentes em que ocorreu o óbito, pertenciam a populações em situação vulnerável.

Tabela 3. **Motivo de término de tratamento (excluídos doentes que ainda se encontram “em tratamento”), 2021 e 2022**

Outcome do tratamento*	2021		2022	
Tratamento Concluído	1169	85,0%	816	77,1%
Insucesso terapêutico	2	0,1%	1	0,1%
Interrupção ou Abandono	83	6,0%	93	8,8%
Transferência ou Emigração	39	2,8%	57	5,4%
Morte	83	6,0%	91	8,6%
Total	1376	100%	1058	100,0%

Fonte: SVIG-TB 2023

*excluídos doentes que ainda se encontram em tratamento

Figura 12. **Evolução do sucesso terapêutico, 2000-2022**

Fonte: SVIG-TB 2023

1.2.3. Retratamento

Em 2022, os retratamentos corresponderam a 7,6% dos casos notificados, com uma idade mediana superior comparativamente aos novos casos (54 anos), assumindo uma distribuição dos casos por sexo e país de origem semelhante à dos casos novos (69,6% de homens e 30,4% de estrangeiros).

Do total dos doentes com retratamento no ano de 2022, 57,4% (66/115 doentes) tinham registo de tratamento prévio concluído, 25,2% tratamento anterior interrompido, 2,6% insucesso terapêutico e 14,8% com resultado de tratamento desconhecido.

1.3. Tuberculose infantil

A vigilância e monitorização dos casos de tuberculose infantil é realizada através das plataformas SVIG-TB e SINAVE no grupo etário 0-5 anos. Para o grupo etário 6-14 anos é utilizado exclusivamente o SVIG-TB.

Em 2022 foram notificados 32 casos de tuberculose em crianças com idade igual ou inferior a 5 anos, o que corresponde a uma taxa de notificação de 6,2 casos por 100 mil crianças do grupo etário 0-5 anos. Verificou-se um aumento na taxa de incidência comparativamente a 2021 (6,1 casos por 100 mil crianças dos 0-5 anos) e a 2020 (4,8 casos por 100 mil crianças dos 0-5 anos) (Figura 13). Oito das crianças (25%) com tuberculose, notificadas neste grupo etário, estavam vacinadas com BCG. A confirmação da doença (através da identificação microbiológica) apenas foi possível em 6 crianças (18,8%), indicando que a maioria se mantém como “caso possível” (critérios clínicos e/ou imagiológicos).

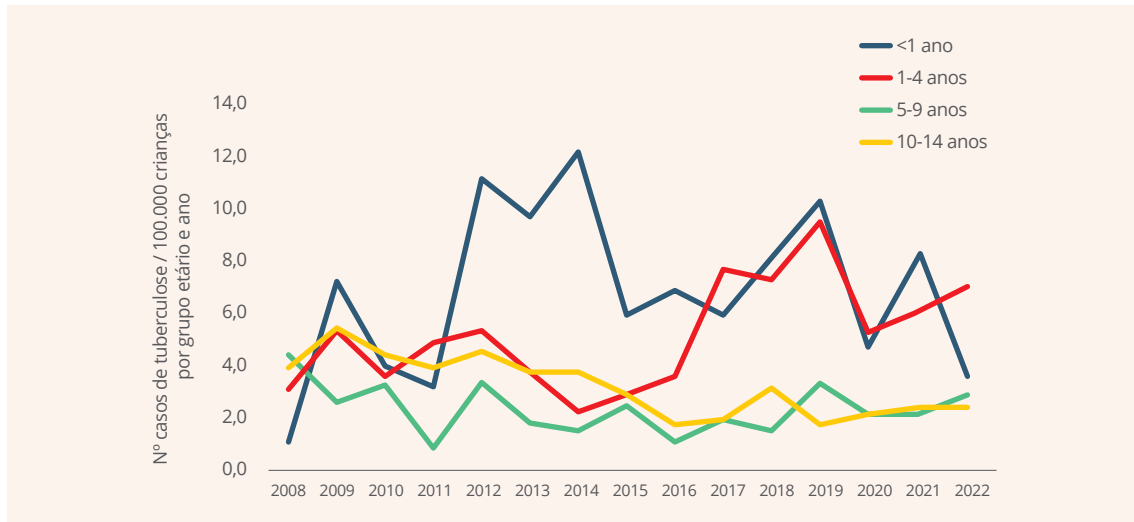
Os distritos de Lisboa e do Porto registaram a maior proporção de casos de tuberculose neste grupo etário (43,8% e 25%, respetivamente). Os distritos de Aveiro e Viana do Castelo foram os terceiros mais afetados com 12,5% dos casos. Os concelhos de Amadora (n=3) e Penafiel (n=3) foram os que registaram maior número de casos a nível nacional, seguindo-se os concelhos de Gondomar, Cascais, Marco de Canaveses, Sintra, Vila Franca de Xira e Ponte de Lima.

A forma de apresentação mais frequente da doença foi a tuberculose pulmonar (n=16; 50%). Registaram-se 2 casos com formas graves de doença: disseminada sem meningite (2), em que um dos casos estava vacinado com BCG. Não foram notificados casos de tuberculose meningea neste grupo etário (Figura 14).

A maioria dos casos de tuberculose ocorreu em crianças nativas (n=26; 81,3%), registando-se também casos em crianças provenientes do Brasil, Alemanha, Angola, França e Uzbequistão.

Em 2022 não se registaram mortes em crianças com idade inferior a 6 anos.

Figura 13. **Taxa de incidência por 100 mil habitantes de tuberculose infantil, 2008-2022**



Fonte: SVIG-TB e SINAVE 2023

No grupo etário dos 6 aos 14 anos, foram notificados 19 casos de tuberculose em 2022, correspondendo a uma taxa de incidência de 2,0 casos por 100 mil crianças dos 6-14 anos. Seis crianças estavam vacinadas com BCG (31,6%). A confirmação microbiológica ocorreu em 2 crianças (10,5%).

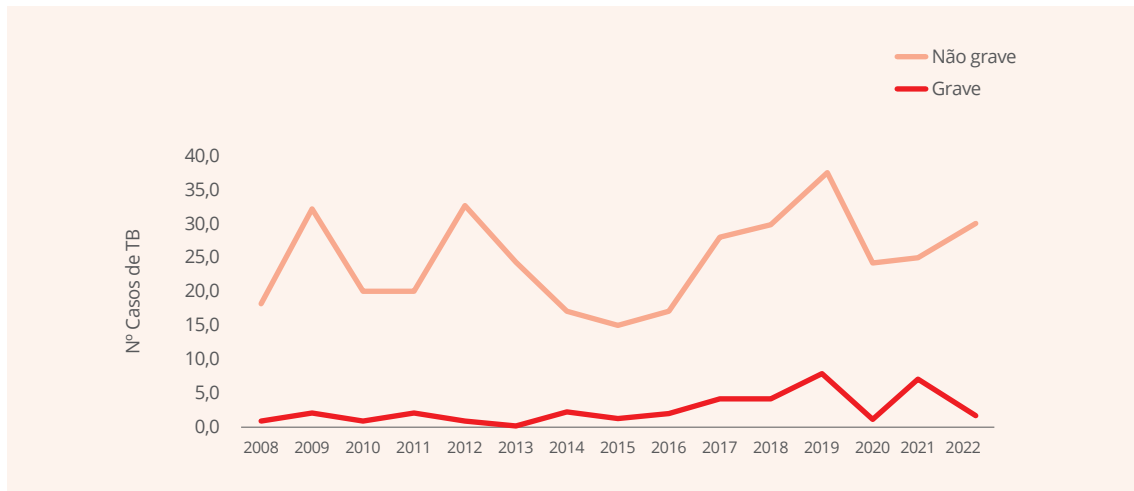
Relativamente à distribuição geográfica, o distrito de Lisboa registou o maior número de casos (n=9; 47,4%) seguindo-se os distritos de Porto (n=4; 21,1%), Setúbal, Faro e Viseu.

A localização pulmonar foi a forma de doença mais frequente (n=11; 57,9%), seguindo-se a forma linfática (n=5; 26,3%).

A maioria dos casos (n=12; 63,2%) ocorreu em crianças nascidas em Portugal. Relativamente às crianças com outro país de origem, encontrou-se proveniência do Brasil, Guiné-Bissau, Índia, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe.

Em 2022 não ocorreu nenhuma morte por tuberculose em crianças dos 6 aos 14 anos de idade.

Figura 14. **Evolução do número de casos de tuberculose grave e não grave, em crianças com idade inferior a 6 anos, 2008-2022**



Fonte: SVIG-TB e SINAVE 2023

1.4. Resistência aos fármacos antibacilares. Tuberculose multirresistente

Em 2022, 610 casos (71,3% do total de casos confirmados) apresentavam resultado de teste de suscetibilidade aos antibacilares de 1ª linha. Os casos com resistências estão descritos na Tabela 4 e na Figura 15, onde se apresenta a evolução de casos de tuberculose com resistência à isoniazida e rifampicina nos últimos 15 anos (2008-2022).

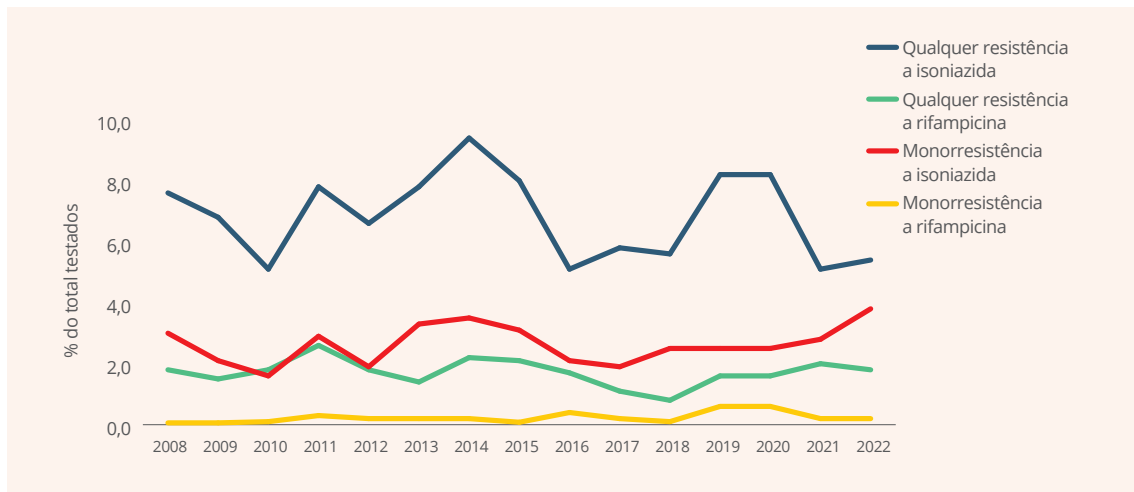
A resistência à isoniazida, em conjunto com outras resistências (qualquer) ou isolada (monorresistência), ocorreu em 5,4% (5,1% em 2021) e 3,8% (2,8% em 2021) dos casos testados, respetivamente. Dos casos com resistência isolada a isoniazida, nenhum deles teve tratamento prévio, 69,6% eram nascidos em Portugal e a maioria ocorreu na região de Lisboa e Vale do Tejo (52,2%) e na região Norte (26,1%).

Tabela 4. **Resistências aos fármacos antibacilares de 1ª linha, 2022 (nº, %)**

Fármaco	Isoniazida	Rifampicina	Pirazinamida	Etambutol	Estreptomina
Qualquer Resistência	33 (5.4%)	11 (1,8%)	8 (1.3%)	10 (1.6%)	77 (12.6%)
Monorresistência	23 (3.8%)	1 (0,2%)	8 (1.3%)	1 (0.2%)	32 (5.2%)

Fonte: SVIG-TB e SINAVE 2023

Figura 15. **Evolução de casos de tuberculose resistente a isoniazida e rifampicina, 2008-2022 (%)**

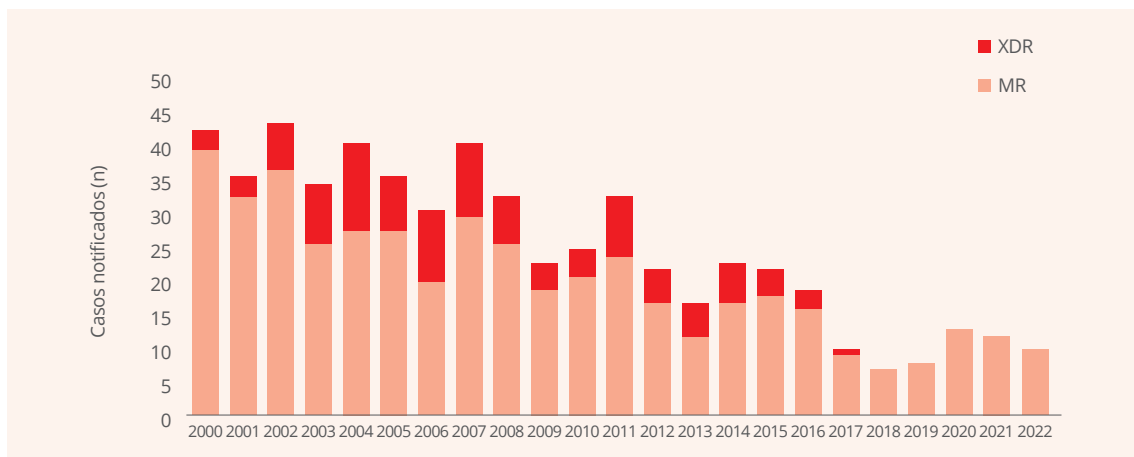


Fonte: SVIG-TB e SINAVE 2023

Em 2022, foram identificados 11 casos de tuberculose multirresistente². A idade mediana dos doentes de tuberculose multirresistente e tuberculose resistente à rifampicina foi de 48 anos. Nove casos (75,0%) ocorreram no sexo masculino, quatro casos (33,3%) ocorreram em pessoas nascidas em Portugal, quatro casos (33,3%) foram previamente tratados para tuberculose e nenhum deles apresentava coinfeção VIH. A maioria dos casos ocorreu na região de Lisboa e Vale do Tejo (66,7%).

Não se verificou nenhum caso de tuberculose extremamente resistente (Figura 16).

Figura 16. **Evolução do número de casos de tuberculose multirresistente (MR) e extremamente resistente (XDR), 2000-2022**



Fonte: SVIG-TB e SINAVE 2023

O sucesso terapêutico dos casos de tuberculose multirresistente é analisado ao fim de 2 anos. Dos 14 doentes que iniciaram tratamento em 2020, 13 (92,9%) têm registo de sucesso no tratamento. Todos os doentes cumpriram o esquema "all oral" longo de tratamento, recomendado pela OMS. O tempo mediano em tratamento foi de 20 meses.

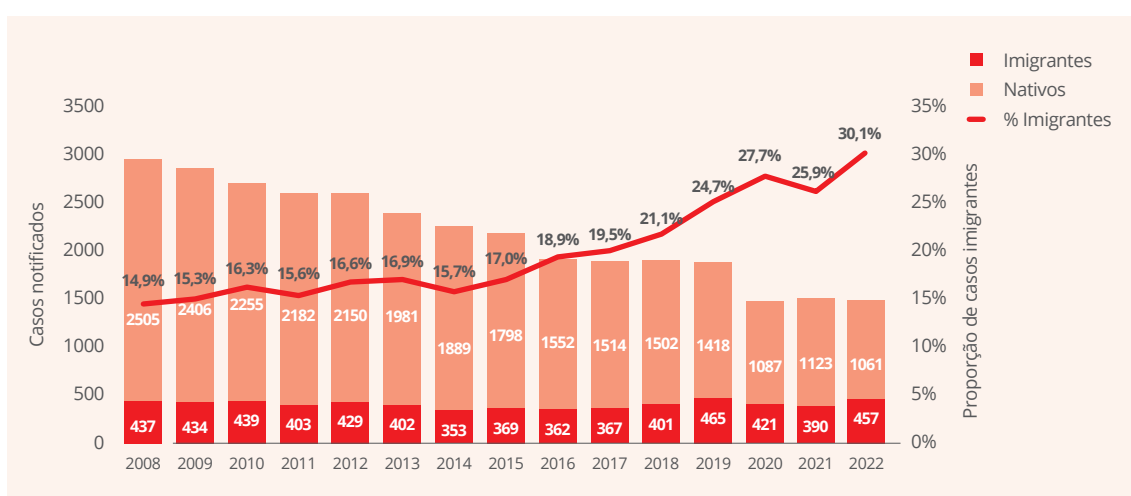
2. Definida como tuberculose resistente à isoniazida e rifampicina simultaneamente

1.5. Tuberculose em populações vulneráveis

1.5.1. Tuberculose na população imigrante

Embora em Portugal a maioria de casos de tuberculose ocorra na população nativa, a proporção de casos em imigrantes tem tido uma tendência crescente, com 30,1% no total de casos notificados em 2022 (Figura 17). A taxa de notificação em imigrantes foi de 58,5 casos por 100 mil habitantes em 2022, ou seja, 4 vezes superior à da população em geral (para um total 781247 imigrantes com estatuto legal de residência, de acordo com os dados disponibilizados pelo INE). Dos 457 casos notificados, 189 casos (41,4%) pertenceram a imigrantes com entrada em Portugal há menos de 2 anos.

Figura 17. **Evolução casos de tuberculose na população imigrante em comparação com população nativa, 2008-2022**



Fonte: SVIG-TB 2023

À semelhança dos anos anteriores, o maior número de casos de tuberculose em imigrantes ocorreu em cidadãos provenientes de Angola (100 casos), seguido do Brasil (71 casos), Guiné-Bissau (66 casos) e Cabo Verde (38 casos) (Figura 18). Os países de língua oficial portuguesa representam 66,3% dos países de origem dos casos na população imigrante.

Dos 457 casos notificados, 321 casos (70,2%) 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 (30,1%) (Tabela 5).

Relativamente aos países de origem, as regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, assumem a mesma distribuição verificada a nível nacional (Angola e Brasil). Na região do Alentejo, verificou-se maior proporção em imigrantes oriundos da Índia (25%), Moldávia (20%) e Nepal (20%). No Algarve 38% dos casos notificados foram em cidadãos angolanos, seguindo-se os cidadãos provenientes do Brasil e Guiné-Bissau (14,8%).

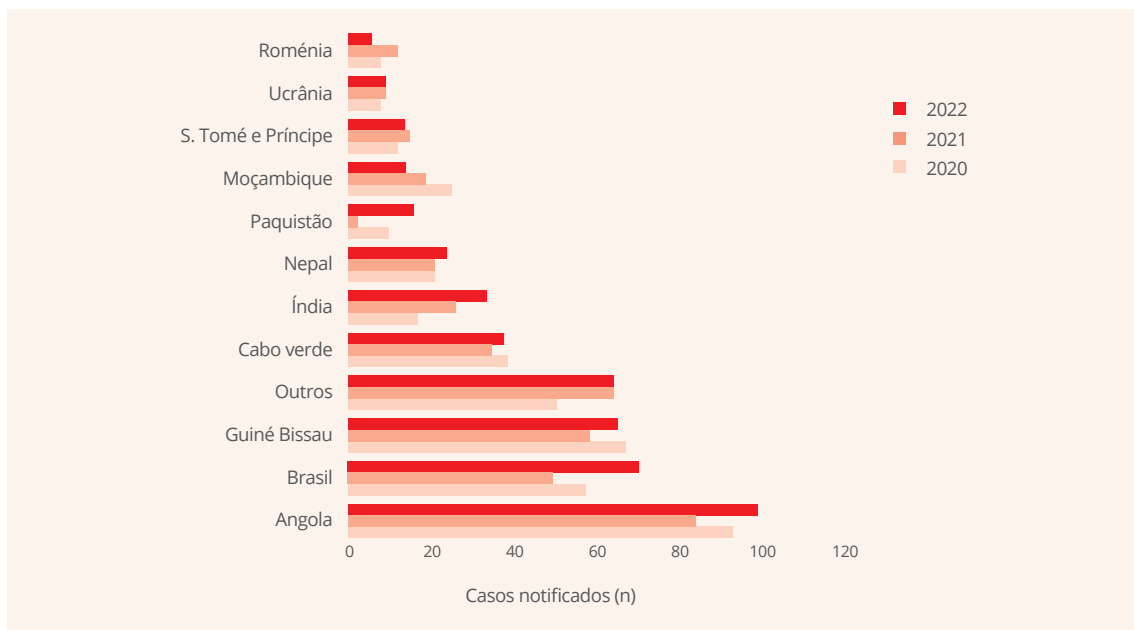
Do total de casos de tuberculose notificados em 2022, em imigrantes, 55,8% dos casos ocorreram em Lisboa e 12,5% em Setúbal (Tabela 6).

Em 2022, o tempo mediano entre o início de sintomas e o início do tratamento foi inferior na população imigrante (81 dias) em comparação com a população nativa (83 dias) e também inferior ao tempo mediano nacional (82 dias) (Figura 19). Este indicador volta assim, a estar praticamente sobreponível ao tempo mediano antes da pandemia COVID-19 (76 dias em 2019). Relativamente aos fatores de risco, destacam-se a infeção por VIH, o consumo de álcool e a residência comunitária (Figura 20). Estes resultados são sobreponíveis aos verificados no ano de 2021.

Tabela 5. **Distribuição dos casos de tuberculose em imigrantes por região, 2022**

2022	
	% total de casos
Norte	10,5%
Lisboa e Vale do Tejo	48,1%
Algarve	38,0%
Alentejo	54,1%
Centro	20,0%
Região Autónoma da Açores	0,0%
Região Autónoma da Madeira	9,1%

Fonte: SVIG-TB 2023

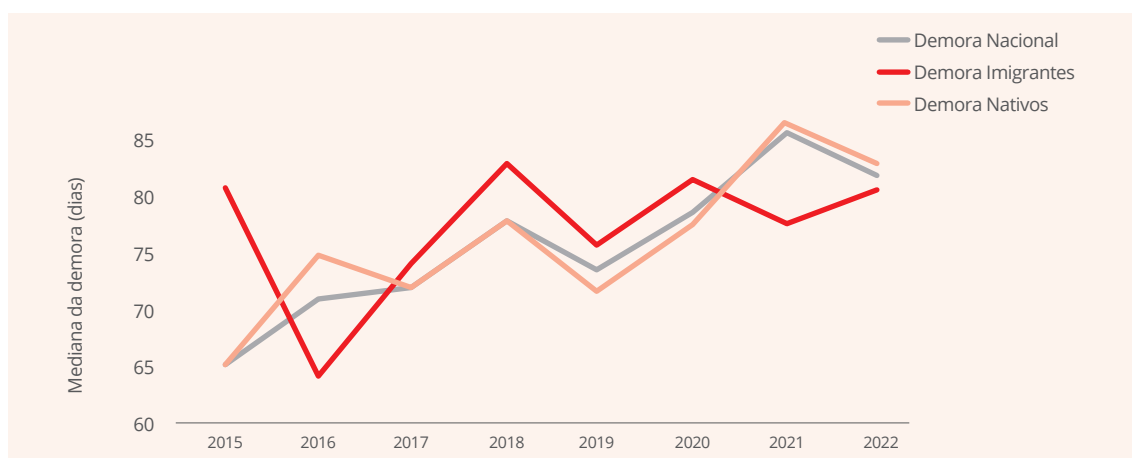
Figura 18. **Distribuição do número de casos de tuberculose em imigrantes por país de origem, 2020- 2022**

Fonte: SVIG-TB 2023

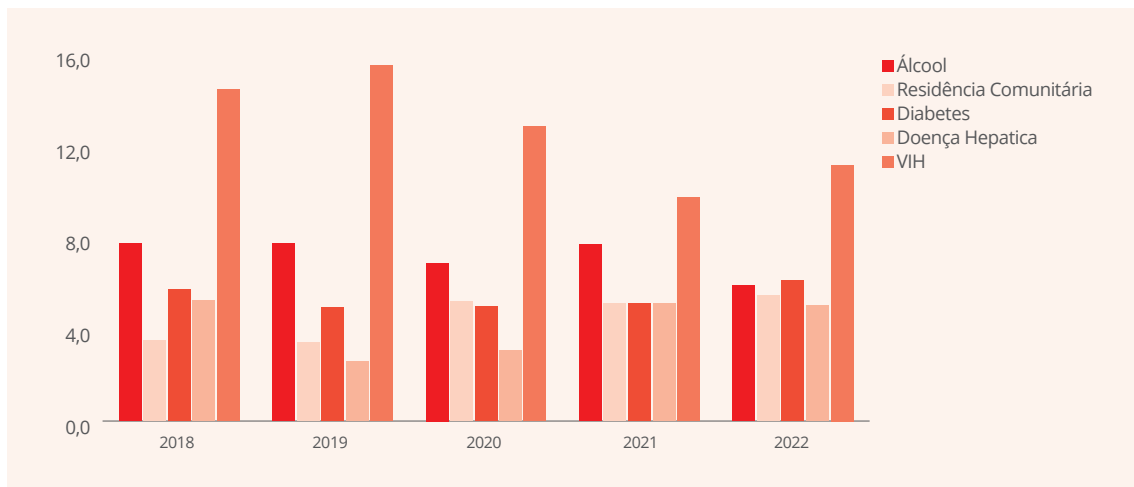
Tabela 6. **Distribuição dos casos de tuberculose em imigrantes por distrito, 2021 e 2022**

Distrito	% 2021	% 2022
Aveiro	1,3%	2,8%
Beja	2,8%	3,7%
Braga	2,3%	2,8%
Bragança	0,8%	0,2%
Castelo Branco	1,0%	1,3%
Coimbra	1,3%	1,3%
Évora	0,0%	0,0%
Faro	6,3%	5,9%
Guarda	1,0%	0,4%
Leiria	1,5%	1,1%
Lisboa	55,8%	55,8%
Portalegre	0,0%	0,0%
Porto	5,0%	7,4%
Santarém	3,0%	2,2%
Setúbal	15,1%	12,5%
Viana do Castelo	1,3%	0,4%
Vila Real	0,3%	0,7%
Viseu	0,5%	1,1%
Região Autónoma dos Açores	0,3%	0,0%
Região Autónoma da Madeira	0,8%	0,2%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: SVIG-TB 2023

Figura 19. **Evolução da demora mediana em número de dias desde o início de sintomas até ao diagnóstico entre a população nativa e imigrantes, 2015-2022**

Fonte: SVIG-TB 2023

Figura 20. **Distribuição da proporção de fatores de risco na população imigrante, 2020-2022**

Fonte: SVIG-TB 2023

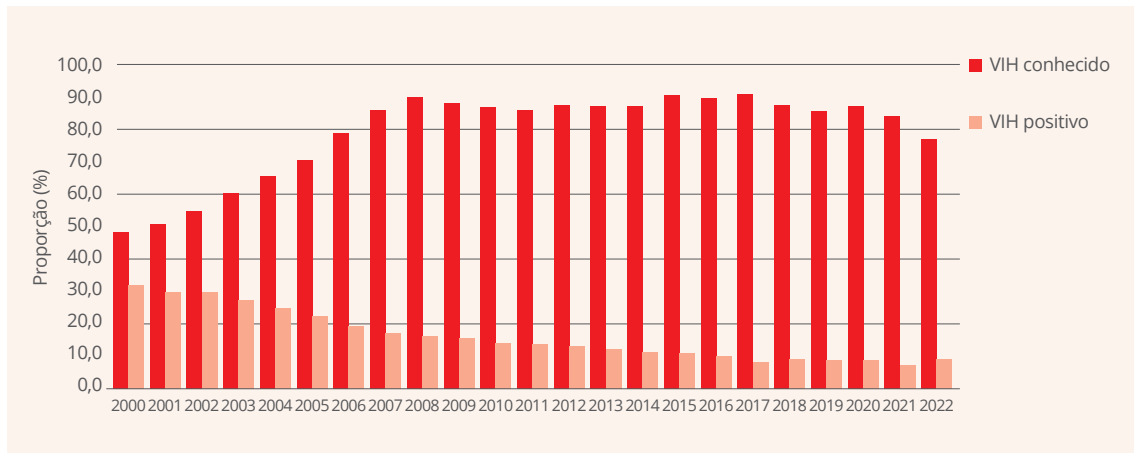
1.5.2. Tuberculose nas pessoas que vivem com VIH

A pesquisa de infeção pelo 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 2022 o estado VIH era conhecido em 76,7% dos doentes com tuberculose, um valor abaixo do que se verificou nos anos anteriores (86,4% em 2020 e 83,9% em 2021) (Figura 21), embora seja expectável um aumento do valor ao longo de 2023, com a melhoria dos registos no SVIG-TB.

Os casos de tuberculose em pessoas que vivem com VIH verificou-se em 9,3% dos casos notificados em 2022, recuperando assim os valores pré-pandemia (9,1% em 2019 vs. 9% em 2020 vs. 7,5% em 2021). Na última década verificou-se uma redução sustentada da proporção dos casos de tuberculose nas pessoas que vivem com VIH, mantendo-se o distrito de Lisboa com a maior proporção de coinfectados (42,6%). Os concelhos de Lisboa, Sintra, Loures, Almada e Odivelas concentraram em 2022, 34,3% do total dos casos de tuberculose neste grupo de doentes, no distrito de Lisboa (38,1% em 2021). No distrito do Porto, verificou-se uma ligeira diminuição nos casos de tuberculose nas pessoas que vivem com VIH em 2022, mas ainda acima dos valores verificados em 2020 (25% em 2022 vs. 27,2% em 2021 vs. 16,7% em 2020). Neste distrito, assistiu-se a uma redução da proporção de casos no concelho do Porto (7,4% em 2022 vs. 10,4% em 2021). Contudo, o concelho de Matosinhos foi aquele em que se verificou o aumento mais significativo do número de casos (6,5% em 2022 vs. 1% em 2021).

Do total dos 108 casos com coinfeção TB/VIH, 51 (47,2%) pertenciam à população imigrante, valor que se tem vindo a manter estável no último quinquénio. Os restantes fatores de risco mais prevalentes continuam a ser a consumo de drogas inaladas (16,7%), consumo de drogas endovenosas (14,8%), doença hepática (10,2%), o consumo de álcool (9,3%) e a residência comunitária (7,4%).

Figura 21. **Evolução da proporção de casos com tuberculose/VIH conhecido e tuberculose/infeção VIH. 2000-2022**

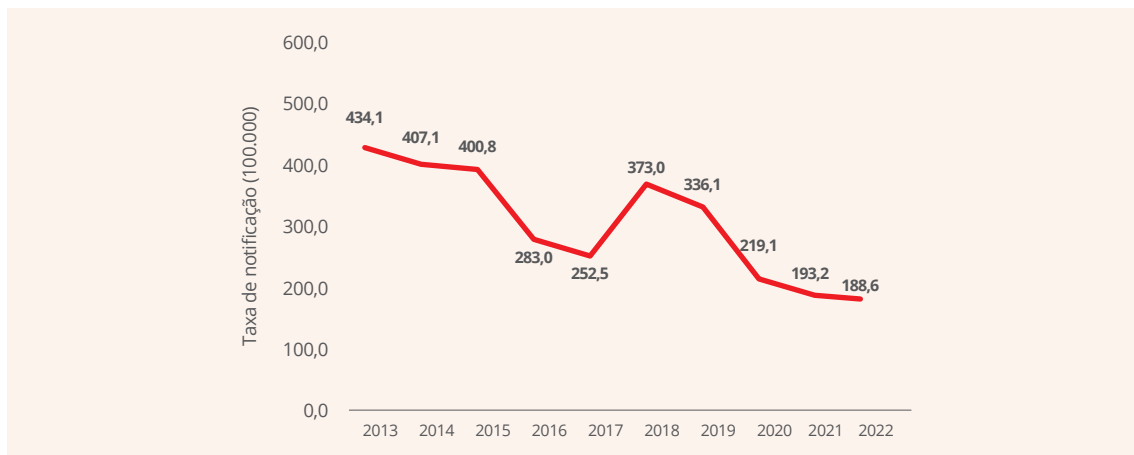


Fonte: SVIG-TB 2023

1.5.3. Tuberculose em meio prisional

Em 2022, ocorreram 23 casos de tuberculose em ambiente prisional (1,5% do total de casos) – correspondendo a uma taxa de notificação nessa população de 188,6 casos por 100 mil habitantes (para um total de reclusos de 12198 em 31 de dezembro de 2022, de acordo com os dados disponibilizados pela DGRSP) (Figura 22).

Figura 22. **Evolução da taxa de notificação de tuberculose em reclusos, 2013-2022**



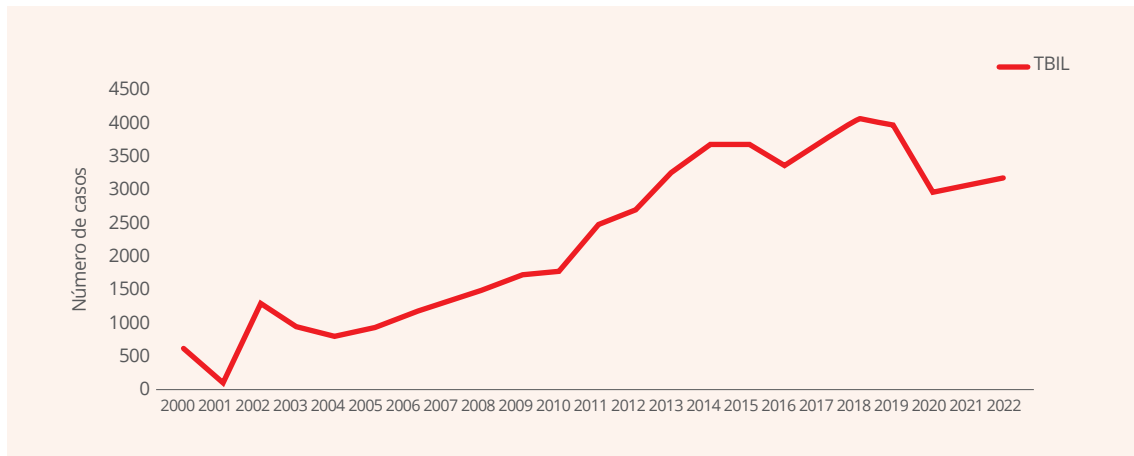
Fonte: SVIG-TB 2023

1.6. Infeção latente por *Mycobacterium tuberculosis*

O diagnóstico de infeção por *Mycobacterium tuberculosis* é uma estratégia fundamental para evitar o futuro aparecimento de novos casos em contextos de baixa incidência e assim, com verdadeiro impacto na curva de notificação da doença.

O SVIG-TB permite o conhecimento dos casos de infeção que iniciaram tratamento preventivo. Em 2022 foram notificados 3173 casos (3075 casos em 2021 vs 2967 casos em 2020) de infeção por *Mycobacterium tuberculosis* em tratamento (Figura 23).

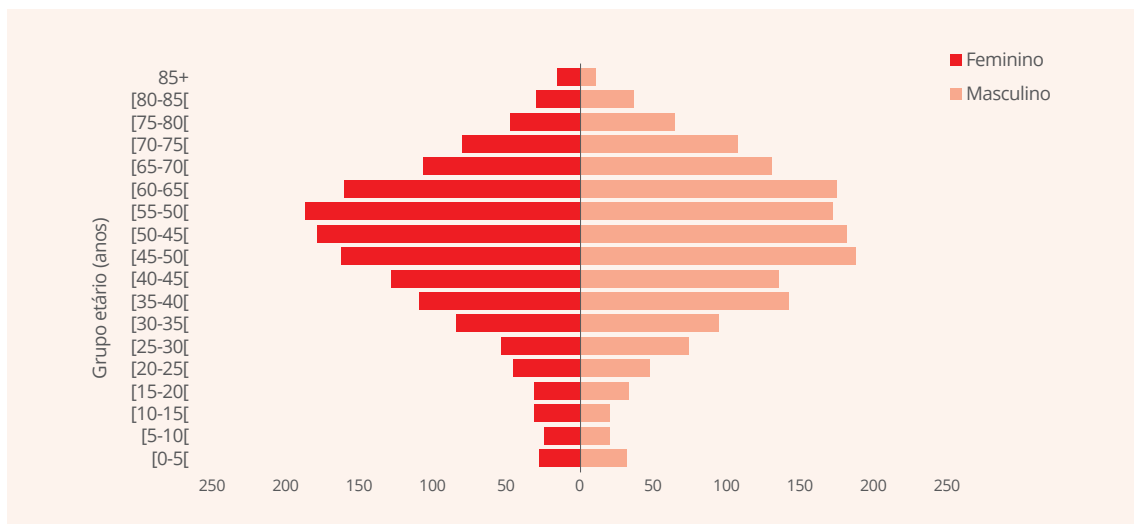
Figura 23. **Evolução do número de casos de infeção com instituição de tratamento preventivo, 2000-2022**



Fonte: SVIG-TB 2023

Do total de casos de infeção registados em 2022, 1510 eram do sexo feminino (47,6%). Os grupos etários predominantes encontram-se entre os 35 e os 65 anos de idade, representando os indivíduos com menos de 35 anos, 19,4% do total (Figura 24).

Figura 24. **Distribuição do número de casos de infeção com instituição de tratamento preventivo, por sexo e grupo etário, 2022**



Fonte: SVIG-TB 2023

Em 2022, manteve-se a inversão no meio de deteção da tuberculose infeção já observada em 2021. Assim, em 56% (55,8% em 2021 vs. 44,7% em 2020) do total de casos, o tratamento de infeção foi feito em contexto de “rastreamento de outros grupos” (rastreamento de grupos de risco específicos) e em 35,5%, em contexto de rastreamento por exposição a tuberculose (37,8% em 2021 vs. 48,5% em 2020).

A região Norte foi responsável por 54,7% dos casos de tratamento de infeção, contrastando com os 28,7% da região de Lisboa e Vale do Tejo. Na Tabela 7 estão descritos os casos de infeção que iniciaram tratamento preventivo por distrito.

Tabela 7. **Proporção de casos de infeção que iniciaram tratamento preventivo, por distrito, 2021-2022**

Distrito	2021 %	2022 %
Aveiro	4	6
Beja	1	1
Braga	12	11
Bragança	1	2
Castelo Branco	0	0
Coimbra	1	1
Évora	0	0
Faro	3	4
Guarda	1	2
Leiria	2	3
Lisboa	21	20
Portalegre	0	0
Porto	33	33
Santarém	3	2
Setúbal	7	7
Viana de Castelo	3	2
Vila Real	2	2
Viseu	4	3
Região Autónoma dos Açores	1	1
Região Autónoma da Madeira	0	0

SVIG-TB 2022

Relativamente aos fatores de risco observados nos casos de TBIL, destaca-se a doença inflamatória articular em 21,5% (20,6% em 2021) dos casos de infeção, seguindo-se a infeção por VIH (4,2% vs 5,6% em 2021), 14,8% dos casos foram detetados em população imigrante (12,6% em 2021).

Em 90,9% (92,8% em 2021) dos casos, 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 121 casos de infeção (3,8% vs. 0,9% em 2021) e a rifampicina, durante 4 meses, em 110 casos (3,5% vs. 4,6% em 2021). Em 2022, 67,4% dos casos de infeção tratados têm registo de tratamento completado e 9,6% interromperam o tratamento. Depois de excluídos os casos transferidos ou ainda em tratamento, o sucesso terapêutico verificou-se em 86,6%, um valor na linha do que se tem verificado nos últimos 10 anos.

2. Roteiro de ação | 2022-2024

Objetivo primordial:

- Avançar na persecução das metas de redução 95% no número de mortes relacionadas com a tuberculose e da redução em 90% da taxa de incidência de tuberculose para 2025, tendo como base o valor em 2015.

Objetivos para o triénio 2022-2024:

- Garantir cobertura universal de saúde para a tuberculose, com cuidados de saúde de qualidade, integrados e centrados no doente;
- Promover o diagnóstico precoce de tuberculose e rastreio sistemático de contactos e de grupos em maior risco.
- Promover o tratamento preventivo de pessoas com risco elevado, e vacinação contra tuberculose nos grupos de maior risco
- Garantir o tratamento de todas as pessoas com tuberculose, incluindo formas resistentes.
- Manter o princípio de gratuitidade do tratamento e o livre acesso às consultas de tuberculose, garantindo a existência de recursos adequados para o tratamento e prevenção da tuberculose.

Estratégias propostas no triénio 2022-2024:

- Envolver diferentes parceiros, incluindo organizações de base comunitária, setor social, setor público e setor privado
- Concentrar doentes graves e complexos em Centros de Referência melhorando o prognóstico e reduzindo a morbilidade e mortalidade;
- Ações de sensibilização dos profissionais para a necessidade de notificação, análise periódica dos dados nacionais das principais plataformas de notificação da doença;
- Ações de formação em tuberculose dirigidas às comunidades e profissionais de saúde;
- Garantir a interligação dos diferentes níveis de cuidados de saúde para melhor eficácia e respeito pelo cidadão envolvido num processo de rastreio de tuberculose;
- Proteger os grupos em situações vulneráveis - estratégias conjuntas com Sociedade Civil, ONG e AIMA, facilitando o acesso destes cidadãos aos Centros de Diagnóstico Pneumológico;
- Manter a monitorização regular da vacinação com BCG e adequar a estratégia vacinal de acordo com a evolução epidemiológica da doença.
- Incluir o SVIG-TB na plataforma SINAVE, em módulo de notificação e gestão de casos, assegurando a não duplicação de esforços pelos clínicos.

3. Atividades | 2023

O Programa Nacional para a Tuberculose assume como áreas fundamentais de intervenção:

1. A identificação das populações em situação vulnerável, nomeadamente as que têm um aumento acrescido de exposição, ou que apresentam risco elevado de desenvolver TB perante exposição;
2. O envolvimento de parceiros sociais, nomeadamente com as organizações de base comunitária, de forma a proporcionar um diagnóstico precoce da doença, quebrando cadeias de transmissão;
3. A redução da mediana de dias até ao diagnóstico, com base na articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, na melhoria da literacia em saúde na área da tuberculose e a utilização dos vários recursos laboratoriais disponíveis.

Com a redução sustentada da curva da incidência, a TB encontra-se concentrada sobretudo em grupos de risco, nomeadamente os que apresentam maior risco de exposição e maior probabilidade de evoluir para tuberculose ativa, perante infeção. As estratégias de atuação em 2023 foram centradas no doente, identificando os que são mais suscetíveis e oferecendo tratamento preventivo, com o objetivo de reduzir os futuros novos casos de doença. O estabelecimento de parcerias locais e regionais, permitiu oferecer serviços integrados e incluir o rastreio de TB no âmbito do rastreio de outras doenças e da prestação de outros cuidados de saúde.

Em Portugal, a identificação de áreas geográficas de maior incidência de TB e de fatores determinantes desta doença, permitiram uma atuação mais dirigida. O apoio prestado pelas organizações não governamentais, a continuidade dos protocolos de articulação com outras estruturas como o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências e a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, a reorganização dos recursos e técnicas disponíveis como a utilização das Unidades Móveis de Radiologia, os testes moleculares de resistências e os centros de referência para tratamento de casos de TB complexos, são ferramentas fundamentais para a celeridade no diagnóstico, o sucesso terapêutico e a identificação dos candidatos a tratamento preventivo.

Portugal manteve uma atuação dirigida aos mais vulneráveis, de acordo com as estratégias recomendadas no *"Roadmap for delivery of integrated tuberculosis services for vulnerable populations in Portugal"*. Este Roadmap pretende fornecer orientações para o controlo da tuberculose, reforçando a importância de respostas integradas junto dos que estão em situação vulnerável, nomeadamente pessoas que vivem com VIH, imigrantes, pessoas que vivem em situação de sem-abrigo, pessoas com dependência de álcool e/ou drogas e trabalhadores das pedreiras.

O Programa Nacional para a Tuberculose manteve também sua participação no âmbito da iniciativa das *Fast Track Cities* em Portugal, tendo como objetivo final o controlo e eliminação global da TB e o cumprimento dos objetivos propostos pela iniciativa *"EndTB Strategy"*, de forma integrada com as áreas do VIH, IST e hepatites virais.

4. Notas Finais

Os objetivos da OMS e da *End TB Strategy*, em que se pretende atingir até 2035 uma redução em 95% do número de mortes por TB e 90% a taxa de incidência de tuberculose, são claros e ambiciosos, exigindo monitorização e ajuste de cada uma das estratégias implementadas.

Em Portugal, estão identificadas as populações que estão em maior risco de tuberculose e estão também identificadas as boas práticas essenciais para o controlo e eliminação da doença. Contudo, estratégias adicionais por forma a acelerar a redução do decréscimo percentual anual são essenciais.

As ações de sensibilização para a tuberculose, promovendo a literacia em saúde, junto dos profissionais e da população pretendem relembrar a importância do rastreio, diagnóstico precoce e tratamento adequado. A celeridade no diagnóstico, tem que ser reforçada, nomeadamente através de novas ações de formação, publicação de guias de atuação, da melhoria no acesso às técnicas laboratoriais de diagnóstico rápido e no acesso aos fármacos essenciais para esquemas de tratamento mais curtos e com maior sucesso.

Contudo, a área mais relevante em Portugal, consiste na identificação dos que estão infetados, especialmente nos que apresentam fatores de risco, e promover o tratamento preventivo. A mensagem de que a instituição de tratamento na pessoa infetada e que ainda não está doente, , significa um contributo para a diminuição de futuros novos casos e para a redução dos custos catastróficos para o próprio e para a família em caso de doença.

Simultaneamente, o aumento progressivo das parcerias com as estruturas sociais e com as organizações e base comunitária, com as estruturas de apoio ao migrante e com as estruturas de saúde dos estabelecimentos prisionais, permitirá, nos que são mais suscetíveis à doença, sensibilizar para os sintomas, acompanhar e promover o acesso aos cuidados de saúde em tuberculose e a aplicação dos cuidados de forma integrada e centrada no doente.

Por fim, a vigilância e monitorização regular da tuberculose em Portugal, analisando de forma sistemática os dados nacionais e regionais, delineando estratégias locais e reforçando as parcerias locais com as autarquias, estruturas sociais e de saúde, pretende uma atuação dirigida e mais eficaz.

5. Anexos

Anexo 1. **Evolução do número de casos notificados e da taxa de notificação anual por 100 mil habitantes por distrito entre 2016 e 2022**

Distrito	Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Castelo Branco	N.º casos	18	22	33	20	26	39	25
	Taxa notificação	9,8	12,1	18,4	11,2	14,6	21,9	14,1
Porto	N.º casos	479	471	474	464	349	384	376
	Taxa notificação	27,0	26,5	26,7	26,1	19,6	21,5	20,7
Lisboa	N.º casos	599	590	556	614	486	440	495
	Taxa notificação	26,7	26,2	24,5	26,9	21,2	19,3	21,5
Guarda	N.º casos	14	16	20	19	20	24	12
	Taxa notificação	9,4	10,9	13,9	13,2	14,0	16,8	8,5
Beja	N.º casos	25	29	27	30	23	23	25
	Taxa notificação	17,4	20,2	19,1	21,3	16,4	15,9	17,0
Setúbal	N.º casos	150	189	216	200	165	142	145
	Taxa notificação	17,6	22,2	25,3	23,4	19,3	16,2	16,3
Viana do Castelo	N.º casos	40	46	39	35	29	35	21
	Taxa notificação	17,1	19,7	16,9	15,2	12,6	15,1	9,0
Faro	N.º casos	81	79	88	71	70	70	71
	Taxa notificação	18,4	17,9	20,1	16,2	16,0	15,0	15,0
Braga	N.º casos	130	139	128	118	90	123	97
	Taxa notificação	15,6	16,7	15,5	14,2	10,9	14,5	11,4
Portalegre	N.º casos	9	10	6	7	7	13	1
	Taxa notificação	8,3	9,3	5,7	6,7	6,7	12,4	1,0
Vila Real	N.º casos	25	23	28	33	20	21	19
	Taxa notificação	12,9	11,9	14,6	17,2	10,5	11,3	10,3
Aveiro	N.º casos	101	95	99	76	75	70	73
	Taxa notificação	14,5	13,6	14,2	10,9	10,7	10,0	10,2
Bragança	N.º casos	17	9	20	16	8	11	10
	Taxa notificação	13,4	7,1	16,1	12,9	6,5	9,0	8,2
Viseu	N.º casos	47	43	42	41	33	29	40
	Taxa notificação	13,0	12,0	11,9	11,6	9,3	8,3	11,4
Região Autónoma dos Açores	N.º casos	22	13	26	27	18	17	17
	Taxa notificação	9,0	5,3	13,5	11,1	7,4	7,2	7,1
Santarém	N.º casos	66	51	34	33	39	31	23
	Taxa notificação	15,2	11,7	7,9	7,7	9,1	7,3	5,3
Leiria	N.º casos	45	36	39	40	23	27	34
	Taxa notificação	9,8	7,9	8,6	8,8	5,0	5,9	7,3
Coimbra	N.º casos	33	34	26	41	21	22	23
	Taxa notificação	8,0	8,3	6,4	10,1	5,2	5,4	5,6
Região Autónoma da Madeira	N.º casos	14	12	15	15	12	10	11
	Taxa notificação	5,5	4,7	6,0	5,9	4,7	4,0	4,3
Évora	N.º casos	13	7	10	8	7	3	0
	Taxa notificação	8,3	4,5	6,5	5,2	4,6	2,0	0,0

Fonte: SVIG-TB 2023

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

Concelho	N.º Casos 2018-2022	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2018-2022
Marco de Canaveses	151	60,73
Penafiel	187	53,49
Baião	29	32,82
Cinfães	25	28,03
Porto	325	27,91
Vila Pouca de Aguiar	15	25,28
Espinho	38	24,38
Gondomar	190	23,04
Cabeceiras de Basto	18	23,02
Matosinhos	196	22,63
Amarante	59	22,54
Mesão Frio	4	22,51
Paços de Ferreira	60	21,50
Valongo	96	20,21
Vila do Conde	82	20,19
Esposende	33	18,70
Vila Nova de Gaia	285	18,69
Maia	126	18,61
Viana do Castelo	76	17,64
Póvoa de Varzim	56	17,36
Amares	16	17,15
Lousada	39	16,41
Trofa	31	16,04
Braga	154	15,88
Resende	8	15,84
Mondim de Basto	5	15,48
Murça	4	15,15
Caminha	12	15,11
Bragança	26	14,96
Paredes	63	14,87
Barcelos	87	14,84
Chaves	28	14,84
Valença	10	14,60
Carraceda de Ansiães	4	14,51
Mogadouro	6	14,27
Castelo de Paiva	11	14,10
Tarouca	5	13,61
São João da Madeira	15	13,48
Monção	12	13,38
Vila Verde	31	13,30
Alijó	7	13,27
Vila Real	33	13,27
Santo Tirso	45	13,24

Concelho	N.º Casos 2018-2022	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2018-2022
Vila Flor	4	13,11
Santa Maria da Feira	88	12,83
Peso da Régua	9	12,31
Miranda do Douro	4	12,29
Lamego	15	12,28
Guimarães	92	11,70
Arcos de Valdevez	12	11,53
Fafe	28	11,51
Arouca	12	11,30
Vila Nova de Cerveira	5	11,19
Ponte de Lima	23	11,13
Póvoa de Lanhoso	12	10,96
Sabrosa	3	10,79
Oliveira de Azeméis	35	10,53
Armamar	3	10,45
Vinhais	4	10,31
Melgaço	4	10,23
Vieira do Minho	6	9,95
Santa Marta de Penaguião	3	9,82
Terras de Bouro	3	9,37
Celorico de Basto	8	9,01
Felgueiras	25	8,92
Torre de Moncorvo	3	8,78
Vila Nova de Famalicão	58	8,65
Moimenta da Beira	4	8,46
Mirandela	9	8,37
Vizela	10	8,34
Tabuaço	2	7,96
Vale de Cambra	8	7,50
Penedono	1	7,19
Sernancelhe	2	7,07
Macedo de Cavaleiros	5	7,00
Ribeira de Pena	2	6,79
Montalegre	3	6,46
São João da Pesqueira	2	5,84
Valpaços	4	5,42
Ponte da Barca	3	5,39
Paredes de Coura	2	4,59
Boticas	1	3,99
Freixo de Espada à Cinta	0	0,00
Vimioso	0	0,00
Alfândega da Fé	0	0,00

Fonte: SVIG-TB 2023

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

Concelho	N.º Casos 2018-2022	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2018-2022
Pinhel	14	34,28
Penamacor	7	29,25
Castelo Branco	69	26,24
Vila de Rei	4	24,26
Sabugal	12	21,07
Manteigas	3	20,15
Fornos de Algodres	4	17,93
São Pedro do Sul	13	17,11
Idanha-a-Nova	7	16,61
Águeda	36	15,54
Oliveira de Frades	7	14,63
Gouveia	9	14,62
Covilhã	34	14,56
Trancoso	6	14,17
Belmonte	4	12,94
Estarreja	17	12,89
Celorico da Beira	4	12,07
Miranda do Corvo	7	11,59
Murtosa	6	11,42
Guarda	23	11,41
Oliveira do Hospital	11	11,28
Proença-a-Nova	4	11,16
Penalva do Castelo	4	10,86
Aveiro	44	10,82
Nelas	7	10,59
Mealhada	10	10,29
Mangualde	9	9,77
Coimbra	67	9,47
Vila Nova de Foz Côa	3	9,46
Marinha Grande	18	9,18
Seia	10	9,14
Sátão	5	9,04
Mortágua	4	8,86
Castro Daire	6	8,70
Ovar	24	8,70
Vagos	10	8,68
Mêda	2	8,66
Ílhavo	17	8,63
Viseu	43	8,60
Tondela	11	8,43
Vouzela	4	8,30
Figueira de Castelo Rodrigo	2	7,70
Aguaiar da Beira	2	7,48

Concelho	N.º Casos 2018-2022	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2018-2022
Castanheira de Pêra	1	7,44
Penela	2	7,31
Arganil	4	7,16
Condeixa-a-Nova	6	7,14
Ansião	4	6,81
Fundão	9	6,75
Carregal do Sal	3	6,59
Penacova	4	6,07
Leiria	39	6,04
Vila Velha de Ródão	1	6,03
Anadia	8	5,78
Soure	5	5,78
Sertã	4	5,39
Góis	1	5,25
Oliveira do Bairro	6	5,15
Pampilhosa da Serra	1	4,26
Albergaria-a-Velha	6	4,80
Vila Nova de Paiva	1	4,26
Figueira da Foz	11	3,71
Sever do Vouga	2	3,61
Lousã	3	3,52
Pombal	9	3,50
Almeida	1	3,40
Mira	2	3,28
Montemor-o-Velho	4	3,24
Alvaiázere	1	3,18
Vila Nova de Poiares	1	2,91
Batalha	2	2,56
Santa Comba Dão	1	1,86
Tábua	1	1,78
Cantanhede	3	1,74
Porto de Mós	1	0,86
Pedrógão Grande	0	0,00
Oleiros	0	0,00
Figueiró dos Vinhos	0	0,00

Fonte: SVIG-TB 2023

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

Concelho	N.º Casos 2018-2022	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2018-2022
Amadora	296	34,37
Odivelas	250	33,61
Loures	320	31,59
Moita	88	26,39
Lisboa	663	24,16
Rio Maior	25	23,61
Setúbal	143	23,01
Sintra	439	22,68
Montijo	63	22,43
Almada	197	22,12
Seixal	158	18,89
Oeiras	161	18,75
Peniche	24	18,05
Barreiro	70	17,76
Cascais	180	16,74
Alcochete	16	16,60
Alenquer	37	16,55
Azambuja	17	15,79
Palmela	50	14,39
Santarém	35	11,86
Cadaval	8	11,85
Sesimbra	31	11,77
Almeirim	13	11,74
Vila Franca de Xira	81	11,72
Chamusca	5	11,67
Torres Vedras	48	11,49
Sobral de Monte Agraço	6	11,27
Nazaré	8	10,73
Mafra	43	9,86
Lourinhã	13	9,85
Mação	3	9,36
Alcobaça	25	9,04
Caldas da Rainha	22	8,59
Cartaxo	10	8,58
Coruche	7	8,00
Bombarral	5	7,79
Golegã	2	7,44
Benavente	11	7,36
Abrantes	12	6,94
Óbidos	4	6,65
Salvaterra de Magos	6	5,52

Concelho	N.º Casos 2018-2022	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2018-2022
Constância	1	5,28
Torres Novas	9	5,24
Ferreira do Zêzere	2	5,11
Arruda dos Vinhos	3	4,26
Entroncamento	4	3,95
Ourém	7	3,13
Alpiarça	1	2,87
Vila Nova da Barquinha	1	2,82
Tomar	5	2,73
Alcanena	1	1,59
Sardoal	0	0,00

Fonte: SVIG-TB 2023

Anexo 5. Taxa de notificação por concelho. Alentejo.

Concelho	N.º Casos 2018-2022	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2018-2022
Odemira	57	38,41
Ferreira do Alentejo	11	28,42
Grândola	15	21,55
Beja	31	18,45
Santiago do Cacém	25	17,90
Ponte de Sor	12	15,65
Ourique	3	12,36
Almodôvar	4	11,85
Gavião	2	11,76
Vidigueira	3	11,51
Sines	8	11,20
Cuba	2	9,09
Aljustrel	4	8,98
Castro Verde	3	8,67
Campo Maior	3	7,39
Serpa	5	7,22
Alcácer do Sal	4	7,11
Elvas	7	6,71
Nisa	2	6,69
Marvão	1	6,56
Crato	1	6,13
Reguengos de Monsaraz	3	6,05
Arraiolos	2	6,02
Moura	4	5,99
Avis	1	5,23
Portalegre	5	4,46
Évora	12	4,45
Montemor-o-Novo	3	3,76
Viana do Alentejo	1	3,70
Vendas Novas	2	3,54
Portel	1	3,50
Mértola	1	3,18
Redondo	1	3,16
Borba	1	3,08
Vila Viçosa	1	2,70
Estremoz	1	1,57
Vila Viçosa	1	2,6

Fonte: SVIG-TB 2023

Anexo 6. Taxa de notificação por concelho. Algarve.

Concelho	N.º Casos 2018-2022	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2018-2022
Olhão	65	28,97
Faro	75	22,06
Lagoa	21	17,63
Albufeira	37	16,67
Loulé	56	15,40
Portimão	42	13,97
Tavira	17	12,28
Lagos	20	11,88
Vila do Bispo	3	10,42
Silves	19	10,02
Aljezur	3	9,81
Vila Real de Santo António	8	8,43
Alcoutim	1	7,86
Monchique	1	3,64
Castro Marim	1	3,08
São Brás de Alportel	1	1,77

Fonte: SVIG-TB 2023

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

Concelho	N.º Casos 2018-2022	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2018-2022
Lagoa	21	17,63
Ribeira Grande	25	15,85
Vila da Praia da Vitória	15	15,37
Velas	3	12,12
Ponta Delgada	37	10,96
Povoação	3	10,26
Santa Cruz das Flores	1	9,86
Angra do Heroísmo	10	5,89
Nordeste	1	4,51
Horta	3	4,16
Vila Franca do Campo	2	3,85
Vila do Porto	1	3,69
Madalena	1	3,15

Fonte: SVIG-TB 2023

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

Concelho	N.º Casos 2018-2022	Taxa de notificação por 100 mil habitantes 2018-2022
Funchal	35	6,59
Santa Cruz	12	5,66
Câmara de Lobos	8	4,95
Machico	4	4,06
Porto Santo	1	3,87
Santana	1	3,04
Ponta do Sol	1	2,38
Ribeira Brava	1	1,57

Fonte: SVIG-TB 2023

Anexo 9. **Súmula vigilância da região saúde do Norte 2022**
Taxa de notificação: 15,8 casos por 100 mil habitantes

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	574
Classificação de casos	
Caso novo	534 (93,0%)
Retratamento	40 (7,0%)
Idade mediana	53 anos
Fatores de risco	
Imigrantes	58 (10,9%)
Utilizadores drogas	38 (7,1%)
Consumo de álcool	48 (9,0%)
Reclusão	11 (2,1%)
PSSA	11 (2,1%)
Residência comunitária	21 (3,9%)
VIH	32 (6,0%)
Diabetes	28 (5,3%)
Neoplasia	31 (5,8%)
Silicose	32 (6,0%)
Doença hepática	20 (3,8%)
DPOC	19 (3,6%)
Meio deteção	
Rastreio passivo	485 (84,5%)
Rastreio contactos	30 (5,2%)
Rastreio de outros grupos	15 (2,6%)
Localização principal da doença	
Pulmonar	402 (70,0%)
Extrapulmonar	172 (30,0%)
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	79,9%
TBIL	
Total	1734
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	590 (34,0%)
Rastreio de outros grupos	987 (56,9%)
Outra	54 (3,1%)

Fonte: SVIG 2023

Anexo 10. **Súmula vigilância da região Saúde do Centro 2022****Taxa de notificação: 8,5 casos por 100 mil habitantes**

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	140
Classificação de casos	
Caso novo	133 (95,0%)
Retratamento	7 (5,0%)
Idade mediana	
	54 anos
Fatores de risco	
Imigrantes	28(20,0%)
Utilizadores drogas	7 (5,0%)
Consumo de álcool	9 (6,4%)
Reclusão	3 (2,1%)
PSSA	4 (2,9%)
Residência comunitária	8 (5,7%)
VIH	3 (2,1%)
Diabetes	1 (0,7%)
Neoplasia	10 (7,1%)
Silicose	3 (2,1%)
Doença hepática	3 (2,1%)
DPOC	5 (3,6%)
Meio deteção	
Rastreio passivo	122 (87,1%)
Rastreio contactos	4 (2,9%)
Rastreio de outros grupos	3 (2,1%)
Localização principal da doença	
Pulmonar	94(67,1%)
Extrapulmonar	46(32,9%)
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	
	87,4%
TBIL	
Total	298
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	88 (29,5%)
Rastreio de outros grupos	176 (59,1%)
Outra	16 (5,4%)

Fonte: SVIG 2023

Anexo 11. Súmula vigilância da região Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2022

Taxa de notificação: 17,8 casos por 100 mil habitantes

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	668
Classificação de casos	
Caso Novo	603 (90,7%)
Retratamento	65 (9,7%)
Idade mediana	45 anos
Fatores de risco	
Imigrantes	321 (48,1%)
Utilizadores drogas	45 (6,3%)
Consumo de álcool	46 (6,9%)
Reclusão	8 (1,2%)
PSSA	17 (2,5 %)
Residência comunitária	32 (4,8%)
VIH	63 (9,4%)
Diabetes	55 (8,2%)
Neoplasia	15 (2,3%)
Silicose	1 (0,2%)
Doença hepática	37 (5,5%)
DPOC	14 (2,1%)
Meio deteção	
Rastreio passivo	615 (92,1%)
Rastreio contactos	30 (4,5%)
Rastreio de outros grupos	5 (0,8%)
Localização principal da doença	
Pulmonar	475 (71,1%)
Extrapulmonar	193 (28,9%)
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	72,3%
TBIL	
Total	885
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	336 (37,0%)
Rastreio de outros grupos	512 (56,3%)
Outra	7 (0,8%)

Fonte: SVIG 2023

Anexo 12. **Súmula vigilância da região Saúde do Alentejo 2022**
Taxa de notificação: 7,9 casos por 100 mil habitantes

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	37
Classificação de casos	
Caso novo	37 (97,3%)
Retratamento	1 (2,7%)
Idade mediana	36 anos
Fatores de risco	
Imigrantes	20 (54,1%)
Utilizadores drogas	0
Consumo de álcool	3 (8,1%)
Reclusão	0
PSSA	0
Residência comunitária	3 (8,1%)
VIH	1 (2,7%)
Diabetes	4 (10,8%)
Neoplasia	2 (5,4%)
Silicose	0
Doença hepática	2 (5,4%)
DPOC	2 (5,4%)
Meio deteção	
Rastreio passivo	35 (94,6%)
Rastreio contactos	1 (2,7%)
Rastreio de outros grupos	1 (2,7%)
Localização principal da doença	
Pulmonar	29 (78,4%)
Extrapulmonar	8 (21,6%)
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	60,0%
TBIL	
Total	49
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	27 (55,1%)
Rastreio de outros grupos	20 (40,8%)
Outra	1 (2,0%)

Fonte: SVIG 2023

Anexo 13. **Súmula vigilância da região Saúde do Algarve 2022**
Taxa de notificação: 15,0 casos por 100 mil habitantes

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	71
Classificação de casos	
Caso novo	65 (97,2%)
Retratamento	2 (2,8%)
Idade mediana	47 anos
Fatores de risco	
Imigrantes	27 (38,0%)
Utilizadores drogas	6 (8,5%)
Consumo de álcool	5 (7,0%)
Reclusão	0
PSSA	1 (1,4%)
Residência comunitária	2 (2,8%)
VIH	3 (4,2%)
Diabetes	3 (4,2%)
Neoplasia	4 (5,6%)
Silicose	0
Doença hepática	1 (1,4%)
DPOC	1 (1,4%)
Meio deteção	
Rastreio passivo	65 (91,6%)
Rastreio contactos	2 (2,8%)
Rastreio de outros grupos	2 (2,8%)
Localização principal da doença	
Pulmonar	54 (76,1%)
Extrapulmonar	17 (23,9%)
Sucesso terapêutico (exclui “em tratamento”)	80,0%
TBIL	
Total	139
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	56 (40,3%)
Rastreio de outros grupos	73 (52,5%)
Outra	7 (5,0%)

Fonte: SVIG 2023

Anexo 14. **Súmula vigilância da Região Autónoma dos Açores 2022**
Taxa de notificação: 7,1 casos por 100 mil habitantes

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	17
Classificação de casos	
Caso novo	17 (100%)
Retratamento	0
Idade mediana	51 anos
Fatores de risco	
Imigrantes	0
Utilizadores drogas	0
Consumo de álcool	4 (23,5%)
Reclusão	0
PSSA	1 (5,9%)
Residência comunitária	0
VIH	0
Diabetes	0
Neoplasia	1 (5,9%)
Silicose	0
Doença hepática	1 (5,9%)
DPOC	2 (11,8%)
Meio deteção	
Rastreio passivo	15 (88,2%)
Rastreio contactos	0
Rastreio de outros grupos	0
Localização principal da doença	
Pulmonar	15 (88,2%)
Extrapulmonar	2 (11,8%)
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	66,7%
TBIL	
Total	32
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	24 (75,0%)
Rastreio de outros grupos	4 (12,5%)
Outra	1 (3,1%)

Fonte: SVIG 2023

Anexo 15. Súmula vigilância da Região Autónoma da Madeira 2022

Taxa de notificação: 4,3 casos por 100 mil habitantes

Caracterização dos casos notificados	Distribuição
Total de casos notificados	11
Classificação de casos	
Caso novo	11 (100%)
Retratamento	0
Idade mediana	34 anos
Fatores de risco	
Imigrantes	1 (9,1%)
Utilizadores drogas	3(27,3%)
Consumo de álcool	0
Reclusão	0
PSSA	0
Residência comunitária	0
VIH	0
Diabetes	1(9,1%)
Neoplasia	0
Silicose	0
Doença hepática	0
DPOC	0
Meio deteção	
Rastreio passivo	8 (72,7%)
Rastreio contactos	2(9,1%)
Rastreio de outros grupos	0
Localização principal da doença	
Pulmonar	8(72,7%)
Extrapulmonar	3(27,3%)
Sucesso terapêutico (exclui "em tratamento")	83,3%
TBIL	
Total	12
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	5 (41,7%)
Rastreio de outros grupos	5 (41,7%)
Outra	0

Fonte: SVIG 2023



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