

Boletim Epidemiológico

NÚMERO ESPECIAL
Março 2025

TUBERCULOSE 2025



Boletim Epidemiológico

Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites
Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Ministério da Saúde

Número Especial | Março 2025

Tuberculose 2025



1969 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

Boletim Epidemiológico - Tuberculose 2025

Número Especial | Março 2025 - 250 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções

Sexualmente Transmissíveis

Coordenação Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas
e Micobactérias não Tuberculosas

SRTVN, Quadra 701, lote D, Edifício PO 700, 5º andar

CEP 70719-040 – Brasília/DF

Disque-Saúde – 136

E-mail: tuberculose@saude.gov.br

Site: www.gov.br/saude

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Padilha

Coordenação-geral:

Draurio Barreira

Fernanda Dockhorn Costa

Organização e colaboração:

Artemir Coelho de Brito

Daiane Alves da Silva

Daniele Gomes Dell'Orti

Daniele Maria Pelissari

Denise Arakaki-Sanchez

Eduardo de Souza Alves

Fernanda Dockhorn Costa

Geisa Poliane de Oliveira Cervieri

José Nildo de Barros Silva Júnior

Karina dos Santos Casado

Liliana Romero Vega

Luiza Ohana Harada

Luiz Henrique Arroyo

Mariana Sanches de Mello

Melisane Regina Lima Ferreira

Nicole Menezes de Souza

Rebeca Silva dos Santos

Tiemi Arakawa

Yury Bitencourt da Costa

Editoração técnico-científica:

Camila Costa Dias

Paola Marchesini

Tatiane Fernandes Portal de Lima

Colaboração externa:

Patricia Bartholomay

Paulo Victor de Sousa Viana

Revisão textual:

Angela Gasperin Martinazzo

Diagramação:

Marcos Cleuton de Oliveira

Normalização:

Editora MS/CGDI

ISSN 9352-7864

1. Tuberculose 2. Epidemiologia 3. Vigilância

Título para indexação:

Epidemiological Report – Tuberculosis 2025

Lista de figuras

Figura 1	Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.....	10
Figura 2	Coeficiente de incidência (casos por 100 mil habitantes) e número de casos novos de tuberculose. Brasil, 2013 a 2024.....	16
Figura 3	Coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil habitantes) por Unidade da Federação. Brasil, 2024	17
Figura 4	Coeficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) e número de óbitos por tuberculose. Brasil, 2013 a 2023.....	18
Figura 5	Coeficiente de mortalidade por tuberculose (óbitos por 100 mil habitantes) por Unidade da Federação. Brasil, 2023.....	19
Figura 6	Coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil habitantes) por sexo e faixa etária. Brasil, 2022 a 2024	20
Figura 7	Proporção de casos novos de tuberculose por raça/cor. Brasil, 2013 a 2024	20
Figura 8	Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial. Brasil, 2013 a 2024.....	21
Figura 9	Número de testes rápidos moleculares realizados para o diagnóstico da tuberculose. Brasil, 2021 a 2024.....	22
Figura 10	Proporção de resultados do Teste Rápido Molecular de tuberculose para diagnóstico e acompanhamento por Unidade da Federação de realização do exame. Brasil, 2024.....	23
Figura 11	Proporção de acesso aos exames laboratoriais entre os casos novos de tuberculose. Brasil, 2019 e 2024	24
Figura 12	Proporção de casos novos de tuberculose em pessoas com até 15 anos de idade, dentre o total de casos novos. Brasil, 2013 a 2024.....	25
Figura 13	Proporção de casos novos de tuberculose segundo faixas etárias até 15 anos de idade. Brasil, 2013 a 2024.....	26
Figura 14	Proporção de testagem para o HIV e de coinfecção tuberculose-HIV entre os casos novos de tuberculose. Brasil, 2013 a 2024.....	27
Figura 15	Proporção de testagem para o HIV e de coinfecção tuberculose-HIV entre os casos novos de tuberculose por Unidades da Federação. Brasil, 2024	28
Figura 16	Proporção do uso de terapia antirretroviral entre casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids. Brasil, 2015 a 2024	29
Figura 17	Proporção do uso de terapia antirretroviral entre casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids por Unidades da Federação. Brasil, 2024.....	30
Figura 18	Proporção dos desfechos de tratamento de tuberculose nos casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids. Brasil, 2012 a 2023	31
Figura 19	Número e proporção de óbitos por HIV com menção de tuberculose. Brasil, 2012 a 2023	31
Figura 20	Proporção de casos novos de tuberculose e risco de adoecimento por tuberculose entre populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2024	32
Figura 21	Número de casos novos de tuberculose diagnosticados em populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2015 a 2024.....	33
Figura 22	Proporção de desfechos de tratamento entre os casos novos de tuberculose diagnosticados em populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2021 a 2023.....	33
Figura 23	Número de casos novos de tuberculose drogarresistente segundo o padrão de resistência inicial. Brasil, 2015 a 2024.....	34
Figura 24	Número de casos novos de tuberculose drogarresistente por município. Brasil, 2016 a 2024.....	35
Figura 25	Proporção de desfechos de tratamento dos casos novos de tuberculose drogarresistente. Brasil, 2015 a 2022	36
Figura 26	Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial. Brasil, 2012 a 2023	37
Figura 27	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial por Unidade da Federação. Brasil, 2023	37
Figura 28	Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose. Brasil, 2018 a 2024.....	40
Figura 29	Proporção de esquemas terapêuticos dentre as pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose por Unidades da Federação. Brasil, 2024	40
Figura 30	Proporção de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose conforme indicação de tratamento. Brasil, 2024	41
Figura 31	Proporção de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose conforme situação de encerramento e esquema terapêutico. Brasil, 2023.....	42

Lista de quadros

Quadro 1	Número de testes rápidos moleculares realizados para o diagnóstico da tuberculose por Unidade da Federação. Brasil, 2024.....	22
Quadro 2	Descrição dos indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose utilizados no presente boletim.....	71

Lista de tabelas

Tabela 1	Indicadores epidemiológicos e operacionais dos casos novos de tuberculose por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2024	52
Tabela 2	Indicadores epidemiológicos e operacionais dos casos novos de tuberculose por capitais. Brasil, 2024.....	53
Tabela 3	Indicadores de mortalidade por tuberculose por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2023.....	54
Tabela 4	Indicadores de mortalidade por tuberculose por capitais. Brasil, 2023.....	55
Tabela 5	Indicadores de coinfeção TB-HIV por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2024.....	56
Tabela 6	Indicadores de coinfeção tuberculose-HIV por capitais. Brasil, 2024.....	57
Tabela 7	Indicadores laboratoriais e de investigação de contatos dos casos de tuberculose por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2023 e 2024.....	58
Tabela 8	Indicadores laboratoriais e de investigação de contatos dos casos de tuberculose por capitais. Brasil, 2023 e 2024	59
Tabela 9	Indicadores operacionais de encerramento do tratamento dos casos novos de tuberculose por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2023.....	60
Tabela 10	Indicadores operacionais de encerramento do tratamento de casos de retratamento da tuberculose por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2023.....	61
Tabela 11	Indicadores operacionais de encerramento do tratamento dos casos novos de tuberculose por capitais. Brasil, 2023.....	62
Tabela 12	Indicadores operacionais de encerramento do tratamento dos casos de retratamento de tuberculose por capitais. Brasil, 2023.....	63
Tabela 13	Indicadores operacionais de tuberculose em menores de 5 anos por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2024	64
Tabela 14	Indicadores operacionais de tuberculose em pessoas com idade até 15 anos por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2024	65
Tabela 15	Indicadores operacionais da tuberculose drogarr resistente por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2024.....	66
Tabela 16	Indicadores operacionais da tuberculose drogarr resistente por capitais. Brasil, 2024	67
Tabela 17	Indicadores operacionais do tratamento preventivo da tuberculose por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2024	68
Tabela 18	Indicadores operacionais do tratamento preventivo da tuberculose por capitais. Brasil, 2024.....	69

Sumário

Introdução	7
Brasil no caminho da eliminação da tuberculose: avanços e desafios	9
Notificações de pessoas com tuberculose	16
Mortalidade por tuberculose	17
Perfil sociodemográfico das pessoas com tuberculose	19
Diagnóstico das pessoas com tuberculose	21
Tuberculose na infância	25
Coinfecção tuberculose-HIV	26
Populações em situação de maior vulnerabilidade e/ou com maior risco de adoecimento por tuberculose	31
Tuberculose drogarresistente	34
Desfechos das pessoas com tuberculose sensível	36
Prevenção da tuberculose	38
Considerações finais	43
Referências	45
Apêndices	51
Tabelas	52
Fontes de dados e cálculo dos indicadores	70

Introdução

A tuberculose (TB) representa um desafio importante para a saúde pública em diversos países, incluindo o Brasil. Apesar de ser uma doença tratável e curável, ela permanece como uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população. Em 2023, conforme relatório global publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a TB provavelmente voltou a ser a principal causa de morte por um único agente infeccioso no mundo, superando a covid-19. Nesse mesmo ano, estimou-se que, mundialmente, 10,8 milhões de pessoas adoeceram por TB e 1,25 milhão morreram devido à doença (WHO, 2024).

O Brasil e o Peru são os únicos países da região das Américas que constam nas listas de países de alta carga da OMS; porém, apenas o Brasil está incluído em duas listas, a de alta carga de TB e de TB-HIV (WHO, 2024). No país, fatores individuais como imunossupressão, desnutrição e doenças crônicas, além de fatores contextuais, como as desigualdades sociais e econômicas, influenciam diretamente a distribuição e o controle da doença (Munayco *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2018), resultando em mais de 80 mil casos novos e 6 mil mortes anuais.

Eliminar a TB como problema de saúde pública até 2030 é uma prioridade do governo brasileiro. Embora o diagnóstico e o tratamento sejam universais e oferecidos para toda população pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existem barreiras para o acesso aos serviços de saúde, incluindo dificuldades no diagnóstico e demora no início do tratamento, além da persistência de estigma e discriminação relacionados à doença (Loureiro *et al.*, 2023).

Nos últimos anos, o país avançou no combate à TB. Houve a incorporação de novas tecnologias, a ampliação da Rede de Teste Rápido Molecular para a TB (RTR-TB), a qualificação do tratamento da TB ativa, a expansão do tratamento preventivo da tuberculose (TPT), o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) para a identificação precoce das pessoas com TB e a melhoria na adesão ao tratamento e no acompanhamento

de contatos. No entanto, determinantes sociais, como condições de vida precárias, pobreza e exclusão social ainda repercutem na dinâmica da doença (Munayco *et al.*, 2015).

A integração de políticas de saúde com ações intersetoriais e interministeriais é essencial para fortalecer as estratégias de enfrentamento à TB. Um exemplo disso é o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, instituído em fevereiro de 2024 por meio do Decreto nº 11.908, a partir da criação do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds).

Atuando em diversas frentes estratégicas, o programa tornou o Brasil o primeiro país do mundo a estabelecer uma política governamental para eliminar a TB, assim como outras dez doenças e cinco infecções de transmissão vertical, todas determinadas socialmente. Alinhado às metas globais da OMS e à Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), o programa também reforça a iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para eliminar essas doenças nas Américas (Brasil, 2024a). A colaboração entre diferentes níveis de governo, sociedade civil organizada, poder legislativo e comunidade científica é fundamental para o sucesso das políticas públicas no país.

O presente boletim oferece uma avaliação detalhada e atualizada da situação epidemiológica e operacional da TB no Brasil, abordando o progresso na resposta à doença em nível nacional, regional e estadual. Também se analisam os avanços no cumprimento dos compromissos globais e nacionais, destacando as políticas públicas inovadoras para o controle e a eliminação da doença. Ainda, apresenta-se uma reflexão sobre o papel de liderança do governo brasileiro, em colaboração com seus parceiros nacionais e internacionais, na agenda global de eliminação da TB, destacando os esforços conjuntos para enfrentar os determinantes sociais da saúde.

Brasil no caminho da eliminação da tuberculose: avanços e desafios

Notificações de pessoas com tuberculose

Mortalidade por tuberculose

Perfil sociodemográfico das pessoas com tuberculose

Diagnóstico das pessoas com tuberculose

Tuberculose na infância

Coinfecção tuberculose-HIV

Populações em situação de maior vulnerabilidade e/ou com maior risco de adoecimento por tuberculose

Tuberculose drogaresistente

Desfechos de tratamento das pessoas com tuberculose sensível

Prevenção da tuberculose

O Brasil tem reafirmado a liderança nos compromissos estratégicos da agenda global para a eliminação da TB como problema de saúde pública e no enfrentamento aos determinantes sociais associados à doença, por meio de iniciativas de fortalecimento das políticas públicas, com ênfase na promoção da equidade e na intensificação do engajamento multissetorial.

Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), compromissos globais e a resposta brasileira à TB

Os 17 ODS estabelecidos durante a 70ª Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) em 2015, como parte da Agenda 2030, representam um compromisso global para enfrentar os desafios mais

urgentes da humanidade, abrangendo aspectos como erradicação da pobreza, promoção da saúde, igualdade de gênero, combate às mudanças climáticas e redução das desigualdades (ONU Brasil, 2015) (Figura 1).

Cada ODS está interconectado, promovendo uma abordagem holística para o desenvolvimento sustentável. No contexto da TB, a articulação entre os ODS é essencial para abordar as causas estruturais e os determinantes sociais que perpetuam a doença. No ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, destaca-se a meta 3.3, que estabelece o compromisso de acabar com epidemias de TB, HIV, aids, malária e doenças tropicais negligenciadas até 2030.

Figura 1 – Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Fonte: adaptado de Nações Unidas – Brasil.

Eliminar a TB como problema de saúde pública exige integração de esforços para alcançar os ODS em diversas frentes, como a resposta às desigualdades socioeconômicas e de gênero, a insegurança alimentar, a melhoria das condições habitacionais e a perda de emprego e renda. Ao abordar os determinantes sociais e econômicos da TB, fortalecendo os sistemas de saúde e promovendo a equidade e a justiça social, é possível avançar não apenas na eliminação da doença como problema de saúde pública, mas também na promoção de bem-estar e desenvolvimento sustentável para todos.

O compromisso de estabelecer uma resposta à TB que seja ética, centrada na pessoa e responsiva a questões de gênero, cor/etnia e direitos humanos também faz parte da Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose (*End TB Strategy*), lançada em 2015 pela Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2014). É importante destacar que essa iniciativa também estabeleceu objetivos ousados, como a redução de 95% no número de mortes e de 90% na incidência da doença até 2035 (em comparação com 2015), e inovou ao incluir uma meta específica sobre o impacto

econômico associado à TB. A meta de “zerar o número de pessoas afetadas pelos custos catastróficos em consequência do adoecimento por TB” foi acompanhada pelo estabelecimento de metodologias para mensurar os custos diretos e indiretos e a perda de renda durante um episódio da doença, assim como uma chamada à ação para que outros setores (como a assistência social) se engajem na atenção às pessoas e comunidades afetadas. A *End TB Strategy* enfatiza a importância de ações integradas combinando intervenções de saúde, sociais e econômicas, e assim, destaca não apenas o controle da TB, mas também a superação das desigualdades que perpetuam sua existência e impactam as populações em situação de maior vulnerabilidade.

Ainda nessa perspectiva, as declarações das duas Reuniões de Alto Nível sobre Tuberculose promovidas pela ONU ressaltaram, além de ações no âmbito da saúde, a importância de integrar outros setores na resposta à doença. A 1ª Reunião de Alto Nível (2018) enfatizou a temática da ampliação de acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da TB e a necessidade de compromisso político na mobilização de recursos para o financiamento das ações voltadas à TB e ao desenvolvimento científico-tecnológico. Já a 2ª Reunião (2023) destacou a necessidade de avanços na ciência, incluindo novas vacinas para TB, bem como discutiu o acesso equitativo às inovações tecnológicas, considerando os aprendizados do enfrentamento à covid-19 (WHO, 2023).

Além disso, a Declaração Política da 2ª Reunião de Alto Nível reforçou uma mensagem contundente sobre a importância da promoção dos direitos humanos e da dignidade das pessoas com TB, considerando contextos como o impacto das mudanças climáticas, migração e outras crises humanitárias. Ademais da reunião sobre TB, outras duas Reuniões de Alto Nível ocorreram em 2023: uma sobre preparação e resposta a pandemias e outra sobre cobertura universal de saúde, com forte transversalidade entre os temas discutidos nos três eventos (WHO, 2023).

O Brasil se destaca como um país com alta carga de TB que financia com recursos próprios as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da TB disponíveis no SUS. Desde o lançamento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, em 2017 (Brasil, 2017a), a resposta brasileira à TB estabelece como visão um país livre da doença e incorpora as diretrizes e

recomendações da agenda global para o cenário nacional, dividido inicialmente em quatro fases de execução (2017-2020; 2021-2025; 2026-2030; 2031-2035).

A priorização da eliminação da TB e de outras doenças com forte determinação social resultou no estabelecimento do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds), em abril de 2023 (Decreto nº 11.494) e, posteriormente, na criação do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, em fevereiro de 2024 (Decreto nº 11.908). O foco do programa abrange o combate à fome e à pobreza, a redução de iniquidades e a ampliação de direitos humanos e proteção social para populações e territórios prioritários, a capacitação de agentes sociais, o incentivo à ciência, tecnologia e inovação e a expansão de infraestrutura, saneamento e meio ambiente (Brasil, 2023a).

É no âmbito do Programa Brasil Saudável que o país, atualmente no último ano da segunda fase do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, persegue a meta de eliminar a TB como problema de saúde pública até 2030 pactuada no Programa Brasil Saudável, antecipando em cinco anos os objetivos iniciais.

Sob a coordenação do Ministério da Saúde (MS), o Programa conta com a participação de outras 13 pastas, incluindo o Ministério das Cidades, o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, o Ministério da Educação, o Ministério da Igualdade Racial, o Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional, o Ministério da Justiça e Segurança Pública, o Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima, o Ministério das Mulheres, o Ministério dos Povos Indígenas, o Ministério da Previdência Social e o Ministério do Trabalho e Emprego. Além disso, inclui parcerias estratégicas com o Ministério das Relações Exteriores, a Secretaria de Relações Institucionais e a Secretaria-Geral da Presidência da República. Reconhecido pela OMS como uma política governamental pioneira e um exemplo de operacionalização de uma agenda sinérgica para o cumprimento das recomendações pelo fim da TB, o programa visa acelerar o cumprimento de metas para a eliminação da TB e de outras dez doenças e cinco condições de transmissão vertical, com foco em fatores como moradia, saneamento básico, educação, renda e enfrentamento à fome

e à pobreza, impactando principalmente populações em situação de maior vulnerabilidade (Brasil, 2024a).

No Brasil, a primeira pesquisa nacional de custos catastróficos de pessoas com TB no país, realizada pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) entre 2019 e 2021, com apoio técnico do MS, mostrou que, durante o episódio de TB, 48% das pessoas sofreram com custos iguais ou superiores a 20% de sua renda familiar anual (Guidoni *et al.*, 2021). Essas informações são importantes para compreender o impacto econômico da doença na vida das pessoas com TB, subsidiando políticas públicas voltadas principalmente para redução das desigualdades e do empobrecimento adicional das pessoas e famílias afetadas, bem como para o fortalecimento da resposta à doença. Com as mudanças que o pós-pandemia de covid-19 causou na situação epidemiológica da TB e a necessidade de monitorar a evolução desse importante indicador no contexto atual, teve início, em 2024, o segundo inquérito conduzido pela Ufes em parceria com o MS, com término previsto para 2026.

A proteção social desempenha um papel fundamental na resposta à TB, pois busca mitigar diferentes graus de vulnerabilidade enfrentados pelas pessoas acometidas pela doença. Esses fatores de vulnerabilidade abrangem tanto aspectos biológicos quanto sociais, influenciando diretamente os determinantes sociais da saúde. Estudos indicam que a ampliação da cobertura da proteção social poderia resultar em uma redução anual de 9% na incidência de TB, alcançando uma diminuição cumulativa de 76,1% até 2035 (Carter *et al.*, 2018). No Brasil, estudos já identificaram associação do Programa Bolsa Família (PBF) com o aumento na proporção de cura da doença (Torrens *et al.*, 2016; Reis-Santos *et al.*, 2019) e com a redução da mortalidade por TB (Souza *et al.*, 2018; Jesus *et al.*, 2025) e da incidência da TB (Nery *et al.*, 2017; Jesus *et al.*, 2025). A associação foi particularmente mais expressiva entre indivíduos em situação de extrema pobreza e pertencentes a grupos étnico-raciais historicamente em situação de maior vulnerabilidade, como indígenas e negros (Jesus *et al.*, 2025).

A integração entre o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (Suas) é essencial para ampliar o acesso a estratégias específicas para o controle da TB, como o fornecimento de vale-transporte e cestas básicas, além de iniciativas já associadas à doença, entre elas os programas de transferência de renda (Brasil, 2022a). Além disso, garantir a proteção social às pessoas com TB é um direito

fundamental, reconhecido em normativas nacionais e internacionais, e essas medidas não apenas reduzem o impacto econômico da doença na vida das pessoas acometidas, mas também contribuem para a quebra do ciclo de pobreza e exclusão social, fatores que dificultam o enfrentamento efetivo à enfermidade (Ferreira *et al.*, 2023).

Ao assumir a presidência do G20 entre dezembro de 2023 e novembro de 2024, o Brasil alcançou uma posição estratégica nos debates globais sobre saúde, política e economia, temas que impactam diretamente os compromissos para a eliminação da TB como problema de saúde pública. O ponto alto dessa liderança foi a Cúpula Social, realizada de 15 a 17 de novembro de 2024, que antecedeu a Cúpula de Líderes do G20, ocorrida nos dias 18 e 19 do mesmo mês. A Cúpula do G20 marcou a conclusão das iniciativas conduzidas pelo Brasil e consolidou o seu protagonismo na arena internacional, evidenciando o compromisso do país com questões globais importantes. Entre os resultados alcançados, destaca-se a criação da Aliança Global contra a fome e a pobreza, uma iniciativa liderada pelo Brasil que reuniu 82 nações e diversas organizações internacionais com o objetivo de enfrentar esses desafios até 2030.

Também se destacam, entre as entregas recentes voltadas ao alcance das metas pelo fim da doença, a extensão da prescrição do tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* por enfermeiros(as) e farmacêuticos(as) (Notas Informativas nos 15/2024 e 04/2024-CGTM/Dathi/SVSA/MS), com o objetivo de ampliar o acesso a essa importante tecnologia de prevenção da TB. A possibilidade da prescrição do tratamento por essas duas classes profissionais torna o processo mais ágil, como também descentraliza a assistência, permitindo que mais pessoas tenham ingresso aos cuidados necessários. A atuação desses(as) profissionais na detecção e no tratamento da infecção latente também é essencial para a prevenção do desenvolvimento da doença ativa, reduzindo assim o risco de transmissão e a carga de casos graves e óbitos (Brasil, 2024b; 2024c).

Soma-se a isso a atualização das definições da estratégia de Tratamento Diretamente Observado (TDO) no sentido de incorporar novas tecnologias ao acompanhamento da pessoa em tratamento (Nota Informativa nº 20/2023 CGTM/Dathi/SVSA/MS), buscando ampliar a adesão aos medicamentos, reduzir a interrupção do tratamento e, consequentemente, diminuir a

transmissão da doença. Ao integrar tecnologias como o uso de aplicativos de celular, a estratégia torna o monitoramento mais flexível e acessível, favorecendo a adesão ao tratamento e aumentando as chances de cura da TB (Brasil, 2023c).

Na temática do desenvolvimento científico e tecnológico, destaca-se o lançamento da Chamada nº 34/2024 para pesquisas em ações de vigilância e prevenção, financiada pelo Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi/SVSA/MS), pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit/Sectics/MS) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Com a aprovação de cinco projetos específicos para a TB, essa iniciativa reforça o compromisso do país em fomentar a inovação, a pesquisa e o fortalecimento de políticas informadas por evidências.

Também são de alta relevância a presença do país em fóruns internacionais de debate científico, incluindo o 7º Fórum Global sobre Vacinas contra a Tuberculose, realizado no Rio de Janeiro de 8 a 10 de outubro de 2024 (Stop TB Partnership, 2024), e a participação na 55ª World Conference on Lung Health, ocorrida de 12 a 16 de novembro de 2024 em Bali, Indonésia (Stop TB Partnership, 2025).

O 7º Fórum Global sobre Vacinas reuniu especialistas nacionais e internacionais, representantes do MS, pesquisadores(as) e membros da sociedade civil para discutir avanços e estratégias no desenvolvimento de novas vacinas contra a TB. O Brasil, como anfitrião, destacou seu papel na resposta global à doença, enfatizando a importância de políticas públicas e investimentos em ciência e tecnologia para eliminar a TB como problema de saúde pública até 2030. O fórum também promoveu discussões junto à sociedade civil sobre a inclusão, em ensaios clínicos, de populações em situação de maior vulnerabilidade, como pessoas privadas de liberdade, visando garantir que futuras vacinas sejam acessíveis a todas as pessoas.

Já a participação do Brasil na 55ª World Conference on Lung Health, com técnicos do MS, pesquisadores(as) e sociedade civil organizada, além de fortalecer parcerias internacionais, destacou a importância do apoio global para a resposta a desafios comuns, como a coinfeção TB-HIV e o impacto das mudanças climáticas na saúde respiratória. O país, reconhecido por suas políticas públicas robustas no campo da saúde, compartilhou práticas como a ampliação do uso de ferramentas diagnósticas

avanzadas, a exemplo do teste rápido molecular para TB (TRM-TB), e advogou a importância de uma vacina de TB para a eliminação da doença, além de apresentar estratégias para alcançar populações em situação de maior vulnerabilidade e iniciativas intersetoriais para abordar os determinantes sociais da saúde.

Portaria de Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle do HIV, da Aids, da Tuberculose, das Hepatites Virais e das ISTs

Após pactuação na 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em março de 2024, foram publicadas as Portarias Ministeriais GM/MS nºs 4.868 e 4.869, de 17 de julho de 2024, aprovando o incremento de R\$ 100 milhões para a TB no Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle do HIV, da Aids, da Tuberculose, das Hepatites Virais e das ISTs, do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde (Brasil, 2024d; 2024e).

A distribuição desse recurso entre as Unidades da Federação (UF) levou em conta o percentual de casos novos em relação ao total de casos notificados no país em 2022. A definição dos critérios de seleção dos municípios a serem habilitados e dos valores a repassar foi pactuada em cada UF na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com apoio das coordenações estaduais de TB e dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Conforme a Portaria GM/MS nº 6.558, de 23 de janeiro de 2025, estão habilitados ao recebimento do recurso 916 municípios, 24 secretarias estaduais de saúde e o Distrito Federal. Em dezembro de 2024, ocorreu o repasse do montante retroativo àquele ano e, em 2025, o recurso vem sendo transferido ao Fundo de Saúde dos entes beneficiados em 12 parcelas mensais (Brasil, 2025a).

O recurso poderá ser utilizado em inúmeras ações para a intensificação da vigilância, da prevenção e do diagnóstico precoce da TB no território, com foco na articulação intra e intersetorial para a resposta aos determinantes sociais, no cuidado às populações prioritárias e no apoio a organizações da sociedade civil.

Desde as etapas iniciais de implantação dos recursos da Política de Incentivo, a Coordenação-Geral de Tuberculose e Micobactérias Não Tuberculosas (CGTM/Dathi/SVSA/MS) tem oferecido apoio técnico às coordenações de TB por meio da disponibilização de dados estratégicos e da realização de reuniões de orientação, além da produção de materiais informativos, como as Orientações sobre o Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle do HIV, da Aids, da Tuberculose, das Hepatites Virais e das Infecções Sexualmente Transmissíveis, um guia para auxiliar gestores(as) de saúde, coordenações de TB e

outros(as) profissionais que atuam na implementação dos recursos da Portaria de Incentivo (Brasil, 2025c).

Além disso, desde outubro de 2024, vêm sendo realizadas oficinas virtuais de planejamento com o objetivo de apoiar estados e municípios na elaboração de planos operativos para execução dos recursos da Política de Incentivo, de maneira colaborativa com gestores(as), profissionais de saúde e parceiros estratégicos. A partir de maio de 2025, além de oficinas virtuais regionais, serão realizadas oficinas presenciais, com análise de implantação da política, aplicação de questionário às coordenações e produção de material orientativo para gestores(as).

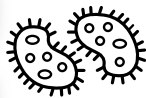
Panorama da tuberculose no Brasil

Casos novos

Casos novos em 2024
84.308

Coefficiente de incidência
39,7 casos por 100 mil hab.

 Aumento de **21%** no número de casos novos no período pós-pandemia de covid-19 (2020 a 2024)



Mortalidade

Óbitos por TB em 2023
6.025*

Coefficiente de mortalidade
2,8 óbitos por 100 mil hab. (2023*)

 Aumento de **3%** no número de óbitos entre 2022 e 2023*

Perfil dos casos

68,2% em pessoas do sexo masculino

65,8% em pessoas pretas e pardas



TB-HIV

11,4% de coinfeção TB-HIV

57,3% em tratamento antiretroviral (TARV)

Diagnóstico

73,9% dos casos pulmonares com diagnóstico laboratorial em 2024

 Aumento de **60%** na realização de TRM-TB para diagnóstico da tuberculose entre 2021 e 2024



Casos novos nas populações em situação de maior vulnerabilidade

Em 2024,
8,1% casos em **privados de liberdade**
3,6% casos em pessoas em **situação de rua**
1,0% em **indígenas**
0,6% em **imigrantes**

Situação de encerramento

Em 2023, **66%** de cura
15,3% interrupção do tratamento*



TB DR

1.047 casos novos de TB-DR em 2024



Tratamento preventivo da tuberculose

11.804 tratamentos preventivos para tuberculose (TPT) em 2024

76,4% dos TPT iniciaram com 3HP em 2024

Dos TPT com 3HP **79,7%** completaram o tratamento em 2023*

 **189%** de aumento no uso de 3HP entre 2022 e 2024



3HP apresenta o maior percentual de tratamentos completos em relação a todos os outros esquemas de tratamento disponíveis*

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Relatório da Rede de Teste Rápido Molecular para Tuberculose/Coordenação Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas/Dathi/SVSA/MS; Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (Site-TB)/Ministério da Saúde; Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (IL-TB)/Ministério da Saúde; Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (Silti)/Secretaria de Estado de Saúde de Goiás; Sistema Vigilantes/Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Legenda: 3HP = Rifapentina + isoniazida. TRM-TB = Teste rápido molecular para tuberculose. TB DR = Tuberculose drogarrresistente.

*Os dados de mortalidade e desfecho são apresentados para o ano de 2023, considerando suas características técnicas, a disponibilidade e a estabilidade na base de dados.

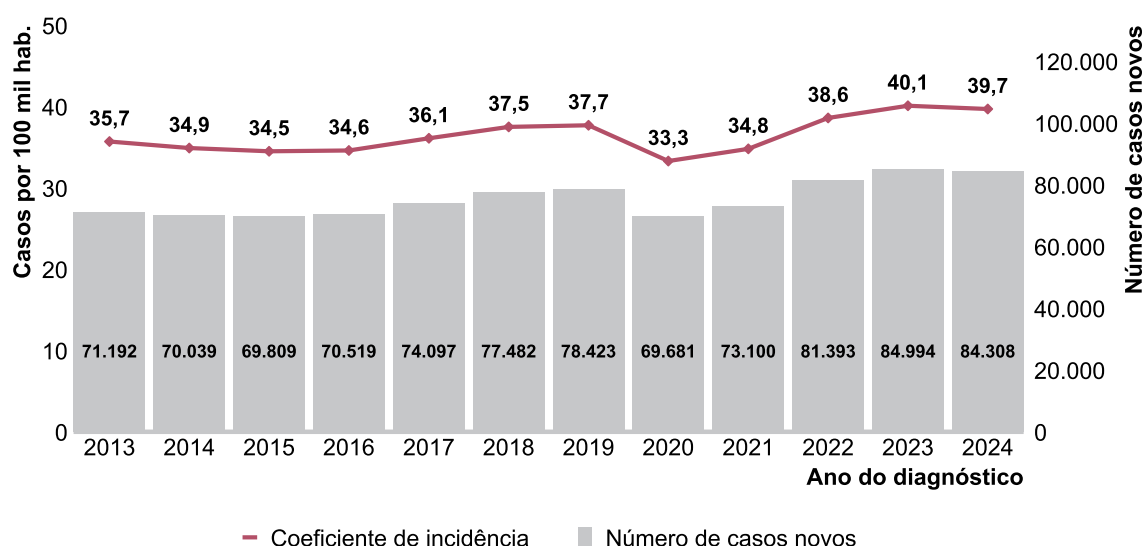
Notificações de pessoas com tuberculose

Após uma importante redução na detecção de pessoas com tuberculose no Brasil em 2020, devido aos impactos da pandemia de covid-19 na rede de atenção à saúde, o país iniciou uma etapa de nítida recuperação das ações de controle da TB, com o aumento da detecção de pessoas com a doença. Em 2021, o coeficiente de incidência de tuberculose foi de 34,8 casos por 100 mil habitantes, o que representa um aumento de 4,5% em relação a 2020 (33,3 casos por 100 mil hab.) e, em 2022, registraram-se 38,6 casos por 100 mil hab., um incremento de 10,9% em comparação com 2021. Por sua vez, o ano de 2023 (40,1 casos por 100 mil hab.)

já marca a desaceleração desse aumento, que foi de 3,9% em relação a 2022, sugerindo um potencial início do controle da transmissão. Os dados de 2024 são preliminares e sujeitos a revisão; no entanto, em fevereiro de 2025 se contabilizam 84.308 casos novos e um coeficiente de incidência de 39,7 casos por 100 mil hab., ou seja, uma redução de 0,8% dos valores observados em 2023 (Figura 2).

Embora esses dados sugiram recuperação, o cenário envolve desafios para o cumprimento das metas de eliminação da TB como problema de saúde pública, cujo alcance depende de estratégias integradas e ações coordenadas entre diversos setores, reforçando a necessidade de uma resposta multissetorial para superar os determinantes sociais e estruturais da doença.

Figura 2 – Coeficiente de incidência (casos por 100 mil habitantes) e número de casos novos de tuberculose. Brasil, 2013 a 2024^a



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Coordenação de Populações e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Geográfica.

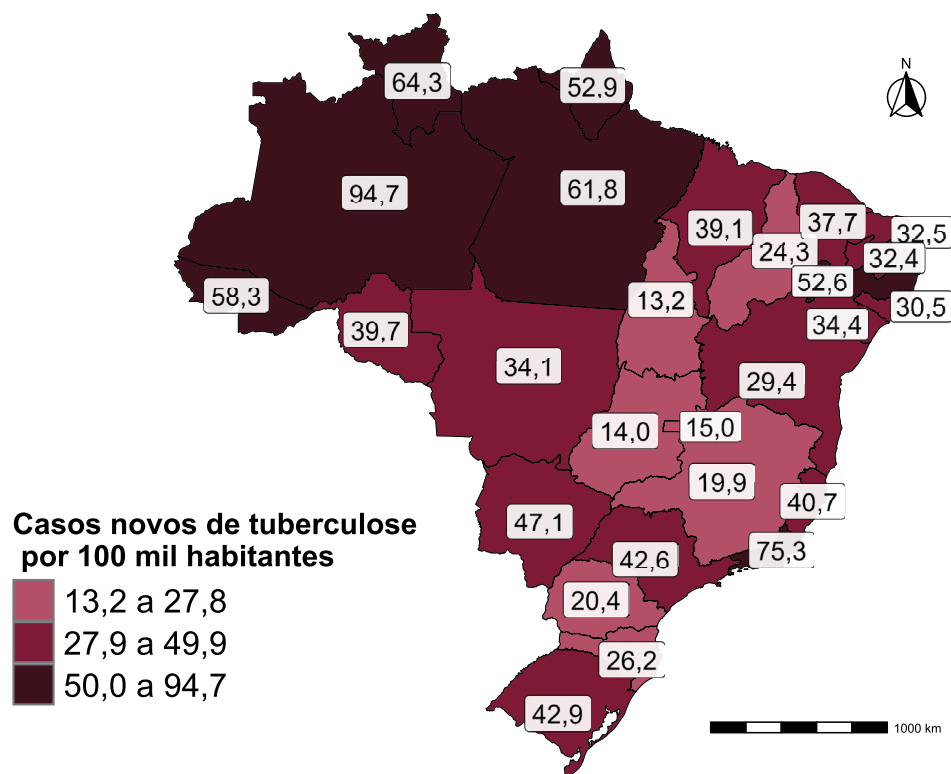
^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Em 2024, assim como nos anos anteriores, o coeficiente de incidência da TB apresentou variação entre as UF. Os estados com os maiores coeficientes de incidência foram: Amazonas (94,7 casos por 100 mil hab.), Rio de Janeiro (75,3 casos por 100 mil hab.) e Roraima (64,3 casos por 100 mil hab.). Adicionalmente, observa-se que a Região Norte concentra cinco estados com incidência acima de 50 casos por 100 mil hab.: Amazonas, Roraima, Pará (61,8 casos por 100 mil hab.), Acre (58,3 casos por 100 mil hab.) e Amapá (52,9 casos por 100 mil hab.). Os menores coeficientes de incidência foram registrados no Distrito Federal (15,0 casos por 100 mil hab.), Goiás (14,0 casos por 100 mil hab.) e

Tocantins (13,2 casos por 100 mil hab.) (Figura 3; Tabela 1 do Apêndice).

A análise do coeficiente de incidência deve sempre ser acompanhada de outros indicadores e avaliações dos serviços de saúde, pois valores baixos podem refletir tanto uma real carga da doença, resultado de ações de controle eficazes, quanto um possível cenário de subdetecção e subnotificação. Portanto, para interpretar esses dados com precisão, é essencial considerar a qualidade da vigilância, o acesso a serviços de saúde e testes diagnósticos e a capacidade de identificação e notificação de casos.

Figura 3 – Coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil habitantes) por Unidade da Federação. Brasil, 2024^a



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Coordenação de Populações e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Geográfica.

^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Mortalidade por tuberculose

Entre 2013 e 2019, o coeficiente de mortalidade por TB manteve-se relativamente estável no Brasil. No entanto, a partir de 2020, com a pandemia da covid-19, esse indicador apresentou aumento progressivo. Entre 2021 (2,44 óbitos por 100 mil hab.) e 2020 (2,18 óbitos por 100 mil hab.) o aumento foi de 11,9%; entre 2022 (2,77 óbitos por 100 mil hab.) e 2021, foi de 13,5%, e, assim como para a incidência da doença, houve desaceleração no aumento da mortalidade em 2023 (2,89%, 2,85 óbitos por 100 mil hab.) em comparação com 2022. Embora os dados de incidência e mortalidade mostrem um possível platô nos valores entre 2022 e 2023, ainda assim observa-se um aumento proporcional de 31,9% no número total de óbitos entre 2020 e 2023, com o registro de mais de 6 mil mortes por TB em 2023, um patamar que não era observado desde 1999 (Figura 4).

A partir de 2022, diante do aumento dos óbitos por TB, o MS intensificou suas ações em colaboração com estados e municípios. Destaca-se, em 2024, a realização de oficinas de Vigilância do Óbito nos estados do Pará, Maranhão, Roraima, Ceará, São Paulo e Rio de Janeiro. Essas oficinas desempenharam um papel estratégico ao reforçar a importância de uma abordagem integrada e centrada na linha de cuidado à pessoa com TB, com ênfase na identificação e na garantia de elementos essenciais da rede de atenção à saúde. O fortalecimento da Vigilância do Óbito, em articulação com as coordenações dos Programas Estaduais de Controle da Tuberculose (Pect), buscou aprimorar a resposta dos serviços de saúde, contribuindo para a definição de fluxos e percursos assistenciais que assegurem acesso oportuno e adequado ao tratamento, de acordo com as necessidades individuais das pessoas.

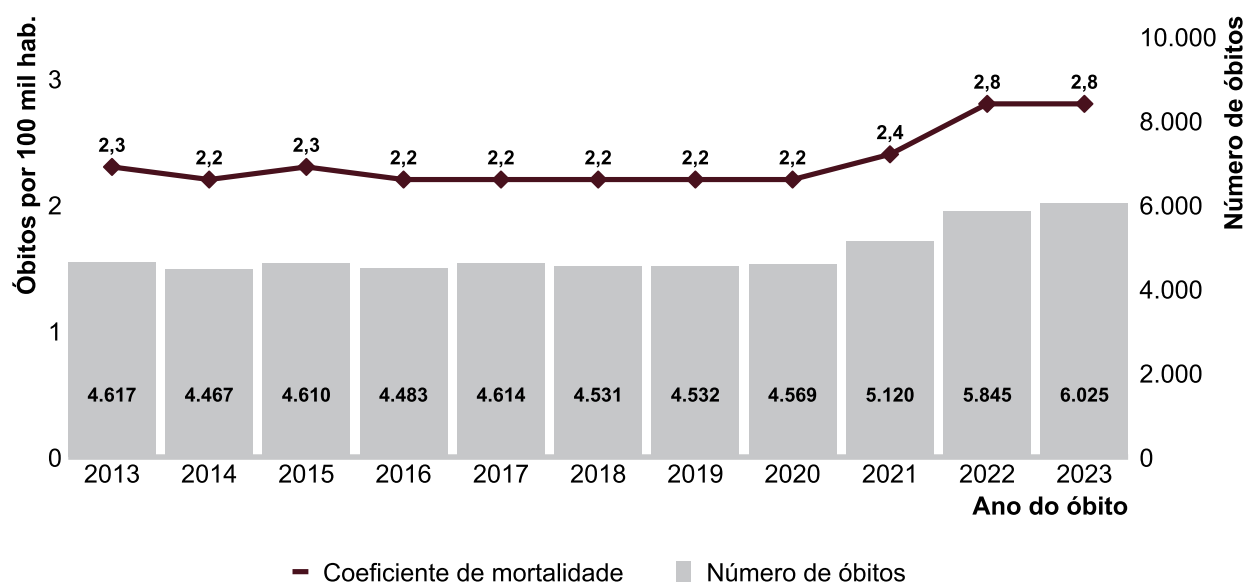
O óbito por TB é um evento sentinela, uma situação evitável, que reflete fragilidades na assistência à saúde (Brasil, 2017b). Além disso, representa uma oportunidade para identificar os determinantes e condicionantes do processo de adoecimento, tanto individual quanto na interação com o núcleo familiar e/ou comunidade (Selig *et al.*, 2010).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é o sistema oficial para a coleta de dados dos óbitos no Brasil, reconhecido como o padrão ouro para as análises epidemiológicas desse indicador. Nesse sentido, o número de óbitos registrados no SIM constitui uma importante referência para avaliar as ações de vigilância, sendo fundamental que

os óbitos com menção de TB sejam investigados conforme as recomendações do **Protocolo para vigilância do óbito com menção de tuberculose nas causas de morte** (Brasil, 2017b).

Em 2023, os estados do Amazonas (5,1 óbitos por 100 mil hab.), Pernambuco (4,8 óbitos por 100 mil hab.) e Rio de Janeiro (4,6 óbitos por 100 mil hab.) registraram os maiores coeficientes de mortalidade por TB no país. Além disso, 12 UF apresentaram coeficientes superiores ao valor nacional (2,85 óbitos por 100 mil hab.) e a Região Norte concentrou quatro estados com mortalidade acima de 3,5, evidenciando disparidades regionais no enfrentamento à doença (Figura 5; Tabela 3 do Apêndice).

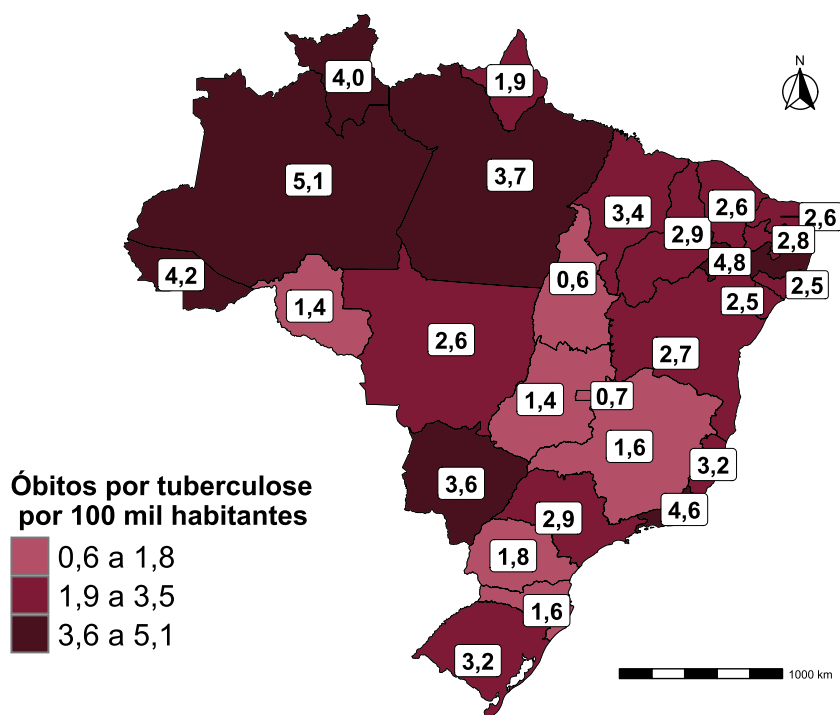
Figura 4 – Coeficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) e número de óbitos por tuberculose. Brasil, 2013 a 2023^a



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Comitê de Gestão de Indicadores Demográfico/Ministério da Saúde/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Coordenação de Populações e Indicadores Sociais; Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Geográfica.

^a Dados extraídos em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Figura 5 – Coeficiente de mortalidade por tuberculose (óbitos por 100 mil habitantes) por Unidade da Federação. Brasil, 2023^a



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Comitê de Gestão de Indicadores Demográficos/Ministério da Saúde/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Coordenação de Populações e Indicadores Sociais; Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Geográfica.

^a Dados extraídos em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Perfil sociodemográfico das pessoas com tuberculose

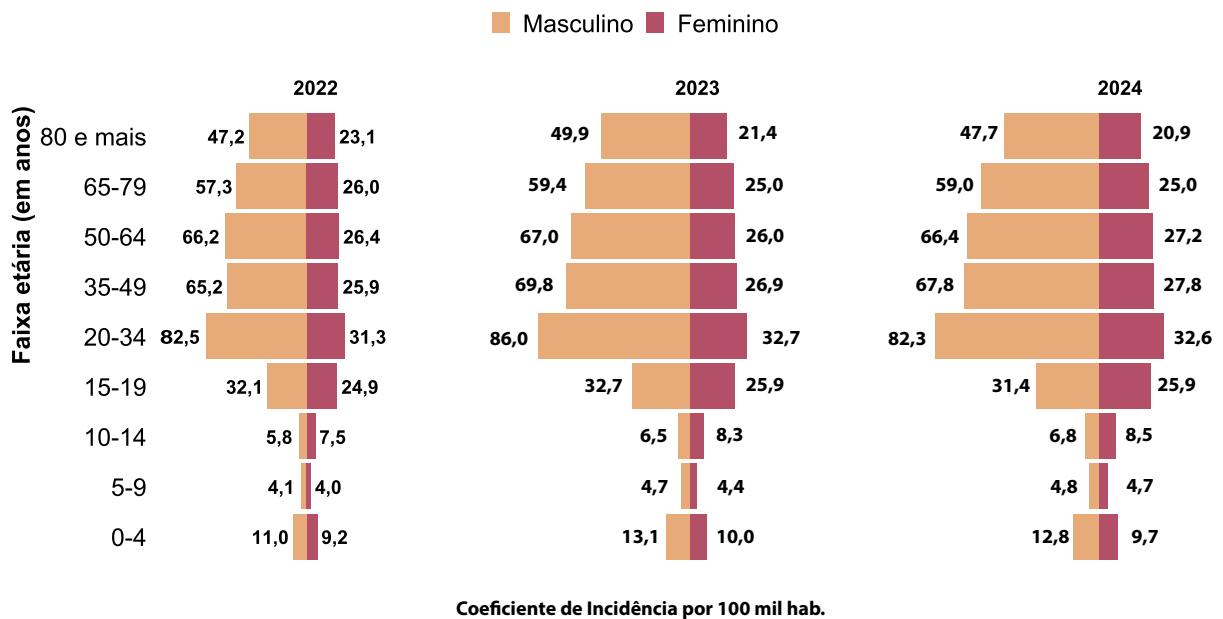
Dos 84.308 casos novos de TB registrados no Brasil em 2024, 68,2% (n=57.506) ocorreram em pessoas do sexo masculino, mantendo-se a tendência observada nos anos anteriores (2023: 69,2% e 2022: 68,7%). A incidência de TB foi superior em homens em todas as faixas etárias, exceto no grupo de 10 a 14 anos, no qual a incidência foi maior entre o sexo feminino, com um aumento gradual nos últimos anos. Os maiores coeficientes de incidência para ambos os sexos foram observados na faixa etária de 20 a 34 anos. A razão de incidência entre os sexos foi de 2,18 em 2024 (Figura 6; Tabela 1 do Apêndice). Os resultados reforçam o perfil epidemiológico predominante da TB em pessoas do sexo masculino e de idade economicamente ativa, conforme apresentado em pesquisa nacional (Duarte Neto *et al.*, 2024) e internacional (Peer; Schwartz; Green, 2023).

A Figura 7 mostra a disparidade racial na distribuição de casos de TB no Brasil. Pessoas que se autodeclararam pretas e pardas concentram

a maior proporção de casos, com um aumento gradual de 57,1% (n=40.695) em 2013 para 65,8% (n=55.484) em 2024. Em contrapartida, a proporção de casos em pessoas brancas mostra uma redução no mesmo período.

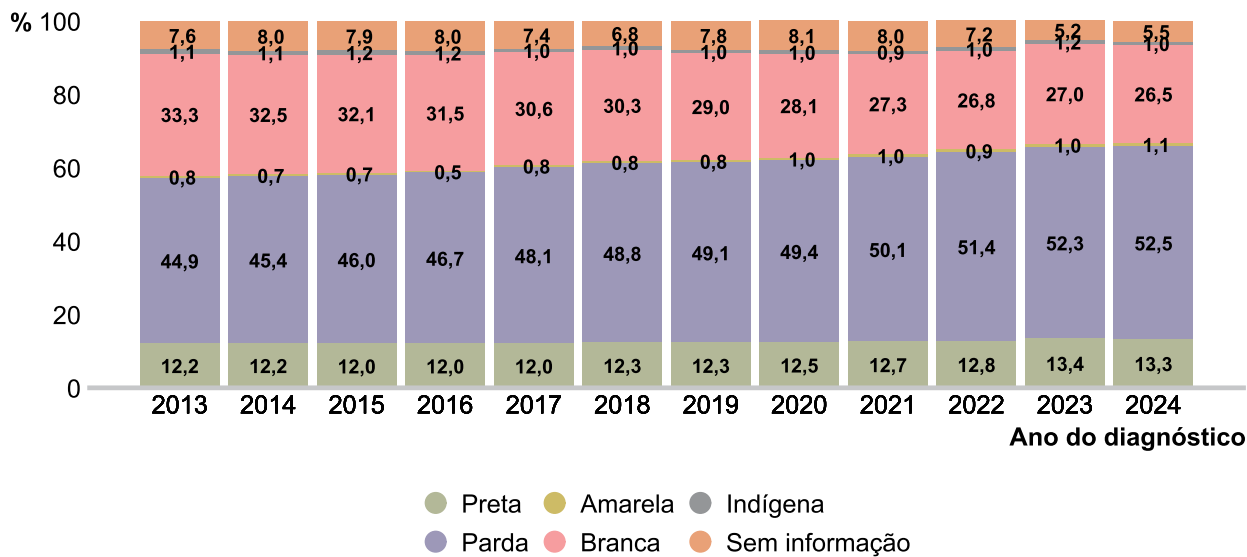
Esses dados destacam a influência dos determinantes sociais, que, junto a outros fatores, podem fornecer uma análise da distribuição da TB no Brasil. A relação entre a TB e a pobreza é bidirecional, uma vez que a pobreza pode estar associada às condições precárias de saúde, e essas condições, por sua vez, podem perpetuar a pobreza (Guimarães *et al.*, 2012). Historicamente, as populações pretas e pardas enfrentam condições socioeconômicas mais desfavoráveis, como menor escolaridade, menor renda e acesso limitado aos serviços de saúde (Silva *et al.*, 2024). Como resultado, a TB é mais prevalente entre esses grupos populacionais, o que torna importante a implementação e o fortalecimento de políticas de proteção social, além de ações de enfrentamento à discriminação e ao racismo, que agravam ainda mais as desigualdades no acesso à saúde.

Figura 6 – Coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil habitantes) por sexo e faixa etária. Brasil, 2022 a 2024^{a,b}



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Coordenação de Populações e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Geográfica.
^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Excluídos 139 registros por ausência de informação de sexo ou idade.

Figura 7 – Proporção de casos novos de tuberculose por raça/cor. Brasil, 2013 a 2024^a



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Diagnóstico das pessoas com tuberculose

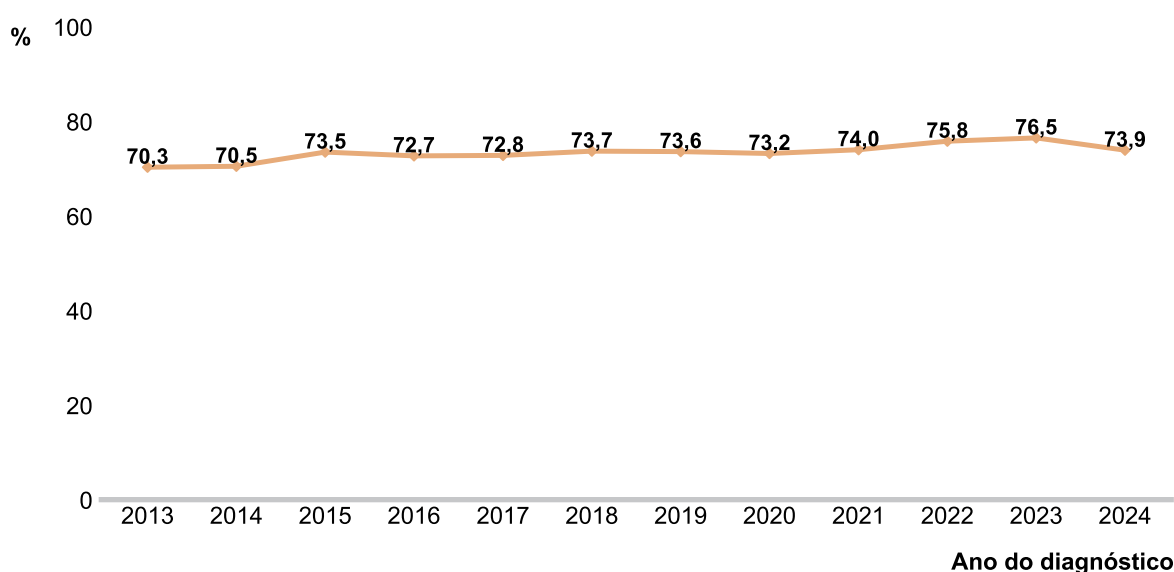
Conforme o Manual de Recomendações Para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019), o diagnóstico da TB é subdividido em clínico, bacteriológico, histopatológico, por imagem e por outros testes diagnósticos. No âmbito da vigilância epidemiológica da TB, os casos podem ser confirmados por critério laboratorial, ou seja, quando há pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, teste rápido molecular ou cultura. Na ausência desse critério, a confirmação é realizada por critério clínico, devido à possibilidade de sugestão de TB em exames de imagem ou histopatológicos. É importante destacar que a confirmação por critério clínico sem a oferta de exames laboratoriais pode representar lacunas na oferta de serviços de saúde (Brasil, 2019b).

A confirmação por critério laboratorial pode refletir as ações voltadas ao cuidado individual das pessoas com TB, além de possibilitar a detecção de casos assintomáticos e excluir a possibilidade de outras doenças. Essa confirmação é particularmente importante para pessoas com TB pulmonar – forma clínica que possui maior importância epidemiológica, uma vez que é a responsável pela transmissão (Brasil, 2019b).

Além do aspecto individual, a proporção de pessoas diagnosticadas laboratorialmente pode evidenciar questões acerca do acesso adequado aos serviços de saúde, permitindo orientar ações para a ampliação da oferta e o aprimoramento dos fluxos para a execução dos testes (Brasil, 2022b).

Desde 2013, mais de 70% dos casos novos de TB pulmonar têm sido confirmados por critério laboratorial no Brasil. Nos últimos cinco anos (2019-2024), a menor proporção foi registrada em 2020 (73,2%; n=44.365), seguida de aumento gradual até 2023 (76,5%; n=57.099), ano com o maior percentual de confirmação laboratorial de TB pulmonar do período analisado. Em 2024, 54.162 casos de TB pulmonar foram confirmados laboratorialmente, o que representa 73,9% dos novos casos pulmonares (Figura 8; Tabela 7 do Apêndice). A redução observada entre 2023 e 2024 deve ser interpretada com cautela, uma vez que os dados de 2024 ainda são preliminares. O aumento do acesso ao diagnóstico laboratorial requer esforços para a reorganização dos serviços, o estabelecimento de fluxos laboratoriais e o registro dos resultados de exames nos sistemas de informação.

Figura 8 – Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial^a. Brasil, 2013 a 2024^b



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

^a Confirmados por critério laboratorial: pessoas com tuberculose que apresentaram pelo menos um resultado positivo nos exames laboratoriais (baciloscopia de escarro, teste rápido molecular para tuberculose ou cultura).

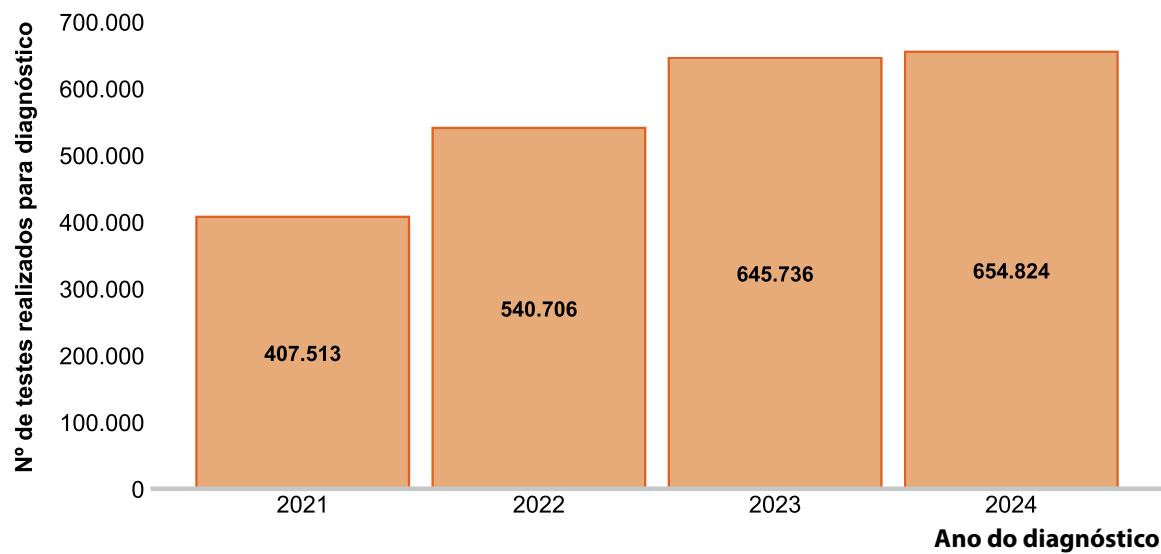
^b Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Dentre os objetivos globais pactuados na 2ª Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre TB em 2023, ficou estabelecido, como meta para 2027, alcançar 100% de pessoas diagnosticadas com TB por meio de um teste rápido molecular recomendado pela OMS, constando entre as opções o Teste Rápido Molecular para TB (TRM-TB). No Brasil, o TRM-TB é o método preferencial para o diagnóstico inicial da TB, tanto pulmonar quanto extrapulmonar, especialmente por sua alta sensibilidade e especificidade e menor

tempo de resposta laboratorial, além de permitir a investigação inicial do padrão de resistência à rifampicina (Brasil, 2022b).

Conforme observado na Figura 9, o número de TRM-TB realizados para o diagnóstico da TB entre 2021 e 2024 aumentou em 60,7%, passando de 407.513 para 654.824 testes. Em 2024, as UF que realizaram o maior número de TRM-TB foram São Paulo (n=221.221), o que representa 33,8% do total, e Rio de Janeiro (n=86.013), 13,1% do total (Quadro 1).

Figura 9 – Número de testes rápidos moleculares realizados para o diagnóstico da tuberculose. Brasil, 2021 a 2024^a



Fonte: Relatório da Rede de Teste Rápido Molecular para Tuberculose/Coordenação Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas/ Dathi/SVSA/MS.
^a Dados extraídos em fevereiro/2025. Exames realizados para diagnóstico: cartuchos utilizados, exceto exames realizados para acompanhamento, perdas e erros.

Quadro 1 – Número de testes rápidos moleculares realizados para o diagnóstico da tuberculose por Unidade da Federação. Brasil, 2024^a

Número de testes realizados por Unidade de Federação em 2024													
AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MG	MS	MT	PA
2.768	4.748	31.058	2.766	17.886	24.726	8.083	11.536	8.626	5.593	40.601	17.243	11.716	11.394
PB	PE	PI	PR	RJ	RN	RO	RR	RS	SC	SE	SP	TO	Brasil
5.717	24.005	4.675	30.964	86.013	9.398	5.156	7.910	30.618	21.283	6.898	221.221	2.222	654.824

Fonte: Relatório da Rede de Teste Rápido Molecular para Tuberculose/Coordenação Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas/ Dathi/SVSA/MS.
^a Dados extraídos em fevereiro/2025. Exames realizados para diagnóstico: cartuchos utilizados, exceto exames realizados para acompanhamento, perdas e erros.

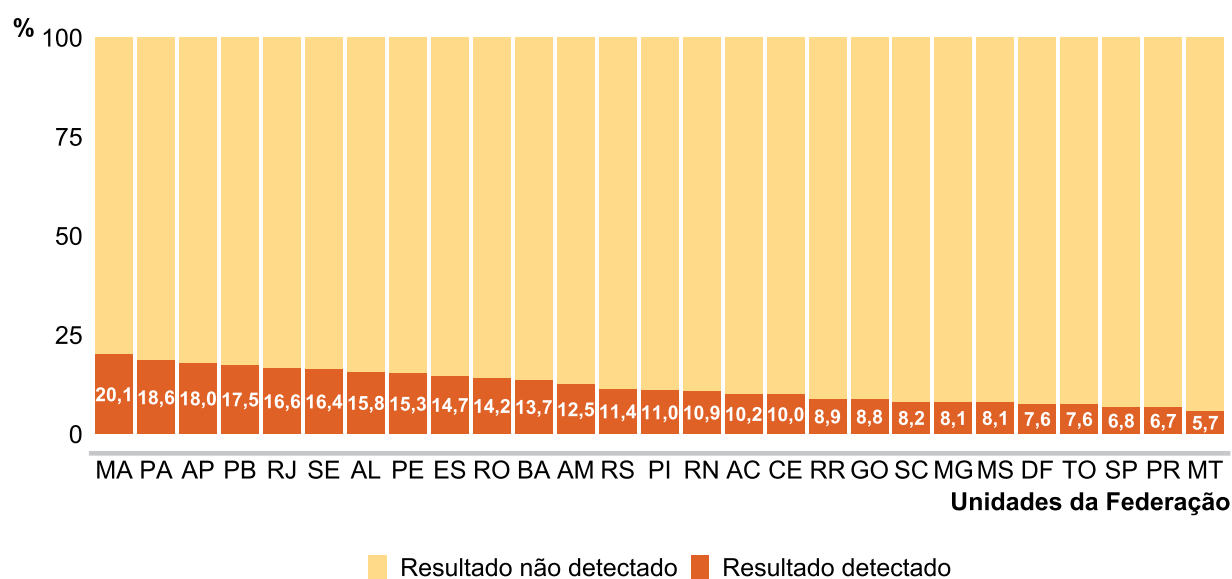
Em 2024, dentre os 673.104 TRM-TB realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença no país, 10,3% tiveram resultado positivo. Considerando que o teste deve ser utilizado para

o diagnóstico inicial da TB e, especialmente, para a busca ativa dos casos, uma positividade maior não está relacionada a uma boa organização dos serviços, pois é possível que o teste tenha sido

ofertado apenas às pessoas com sintomas e sinais clínicos muito evidentes de TB, o que pode refletir uma centralização dos serviços ou busca passiva de casos. Os estados que apresentaram maior positividade foram Maranhão, com 20,1% (n=1.150) de 5.731 testes realizados; Pará, com 18,6% (n=2.188) de 11.792; e Amapá, com 18,0% (n=531) de 2.947 testes realizados (Figura 10).

A descentralização do diagnóstico – ou seja, levar o teste cada vez mais perto das pessoas – e a capacitação contínua dos(as) profissionais são indispensáveis para garantir a otimização de recursos e o diagnóstico precoce, fatores cruciais no controle da transmissão e na melhoria dos resultados clínicos.

Figura 10 – Proporção de resultados do Teste Rápido Molecular de tuberculose para diagnóstico e acompanhamento por Unidade da Federação de realização do exame. Brasil, 2024^a



Fonte: Relatório da Rede de Teste Rápido Molecular para Tuberculose/Coordenação Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas/Dathi/SVSA/MS.

^a Dados extraídos em fevereiro/2025. Exames realizados para diagnóstico e tratamento: cartuchos utilizados, exceto perdas e erros.

Ao comparar o emprego do TRM-TB com outros métodos diagnósticos, e considerando os esforços contínuos para sua expansão, observa-se um aumento importante no uso desse teste. Em 2024, 51% (n=37.440) das pessoas com TB que tiveram acesso a um método laboratorial realizaram pelo menos o TRM-TB, um avanço em relação a 2019, ano anterior à pandemia, quando esse percentual era de apenas 38% (n=25.737) (Figura 11).

A análise também mostrou um crescimento na utilização exclusiva do TRM-TB, que passou de 8% (n=5.191) em 2019 para 13% (n=9.719) em 2024. Em contrapartida, observa-se uma redução no uso da baciloscopia: em 2019, 69% (n=46.911) das pessoas com TB tiveram acesso a esse método, enquanto em 2024 essa proporção caiu para 62% (n=45.786) (Figura 11).

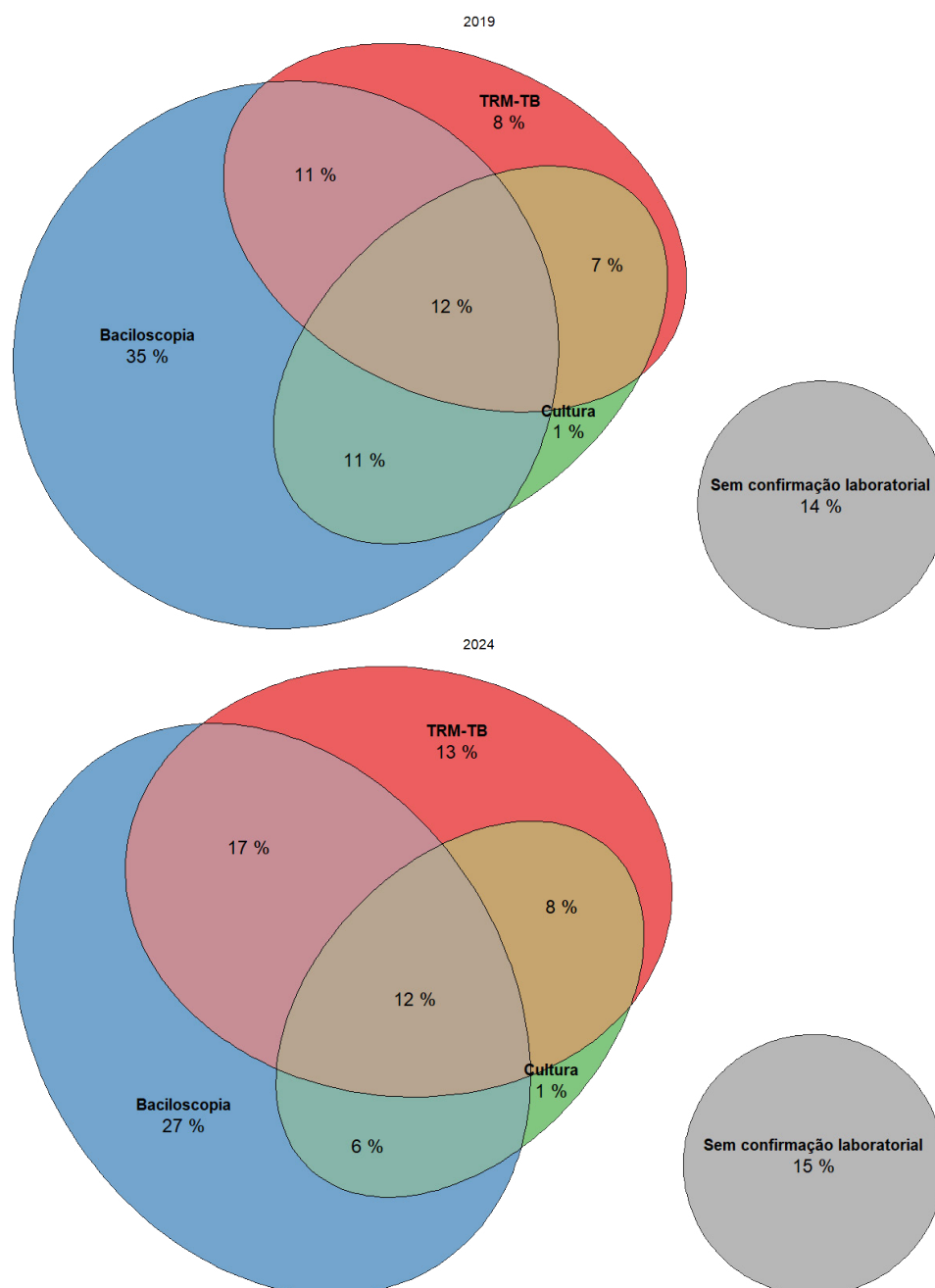
Também em 2024, 17% (n=12.776) das pessoas com TB realizaram o TRM-TB e a baciloscopia em conjunto, ao passo que 8% (n=6.142) tiveram acesso ao TRM-TB associado à cultura. Dentre os

casos novos, 6% (n=4.505) foram diagnosticados apenas combinando baciloscopia e cultura, ou seja, não tiveram acesso ao TRM-TB – uma queda importante em comparação com 2019 (11%, n=7.394). Considerando todos os métodos, 12% (n=8.803) das pessoas com TB tiveram acesso aos três testes no momento do diagnóstico. A cultura continua sendo o método diagnóstico com menor percentual de realização nos dois anos analisados, passando de 32% (n=21.398) em 2019 para 27% (n=20.292) em 2024. Essa redução pode refletir uma maior utilização do TRM-TB, embora seja importante considerar outros fatores que possam ter influenciado essa mudança. Apenas 1% das pessoas tiveram acesso exclusivo à cultura (Figura 11). Esses dados destacam a necessidade de qualificação da rede para a garantia da realização dos fluxos laboratoriais, conforme recomendações nacionais, e o aprimoramento da vigilância laboratorial.

Apesar dos recentes avanços alcançados no acesso ao diagnóstico laboratorial da TB, entre os anos de 2019 e 2024 a proporção de pessoas diagnosticadas por critério clínico permaneceu constante, variando entre 14% (n=9.112) e 15% (n=10.832), respectivamente. Isso destaca a

persistência de barreiras ao acesso a esse serviço em determinadas localidades. Portanto, é uma necessidade premente identificar e eliminar tais barreiras para possibilitar o aumento dos percentuais de diagnóstico laboratorial no país.

Figura 11 – Proporção de acesso aos exames laboratoriais entre os casos novos de tuberculose^a. Brasil, 2019 e 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

Legenda: TRM-TB = Teste rápido molecular para diagnóstico da tuberculose.

^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Interpretação do Diagrama de Venn:

Sem confirmação laboratorial = casos novos de tuberculose sem realização de baciloscopia ou TRM-TB ou cultura para diagnóstico.

Baciloscopia = resultados do exame: "Positiva" ou "Negativa".

TRM-TB = resultados do exame: "Detectável sensível à rifampicina" ou "Detectável resistente à rifampicina" ou "Não detectável".

Cultura = resultados do exame: "Positiva" ou "Negativa".

O diagrama mostra a distribuição dos casos de tuberculose segundo o acesso aos testes diagnósticos: baciloscopia, TRM-TB e cultura. As áreas sem interseções nas cores vermelho, azul e verde claro representam a proporção de casos de TB com acesso a apenas um tipo de método diagnóstico, enquanto as interseções/sobreposições indicam a proporção de pessoas com TB que acessaram dois ou mais métodos. A área em cinza representa a proporção de casos de TB que não acessaram nenhum dos métodos. Obs.: a metodologia para a construção do diagrama de Venn realiza um arredondamento das casas decimais específica para cada categoria, podendo a soma dos percentuais não resultar em 100%.

Tuberculose na infância

A TB em crianças e adolescentes é responsável por 12% dos casos da doença no mundo (WHO, 2024). No Brasil, do total de 84.308 casos novos de TB registrados em 2024, 4,1% (n=3.468) foram diagnosticados em crianças e adolescentes de até 15 anos, sendo 2,4% (n=1.983) em crianças de 0 a 10 anos e 1,4% (n=1.158) naquelas de 0 a 4 anos (Figura 12).

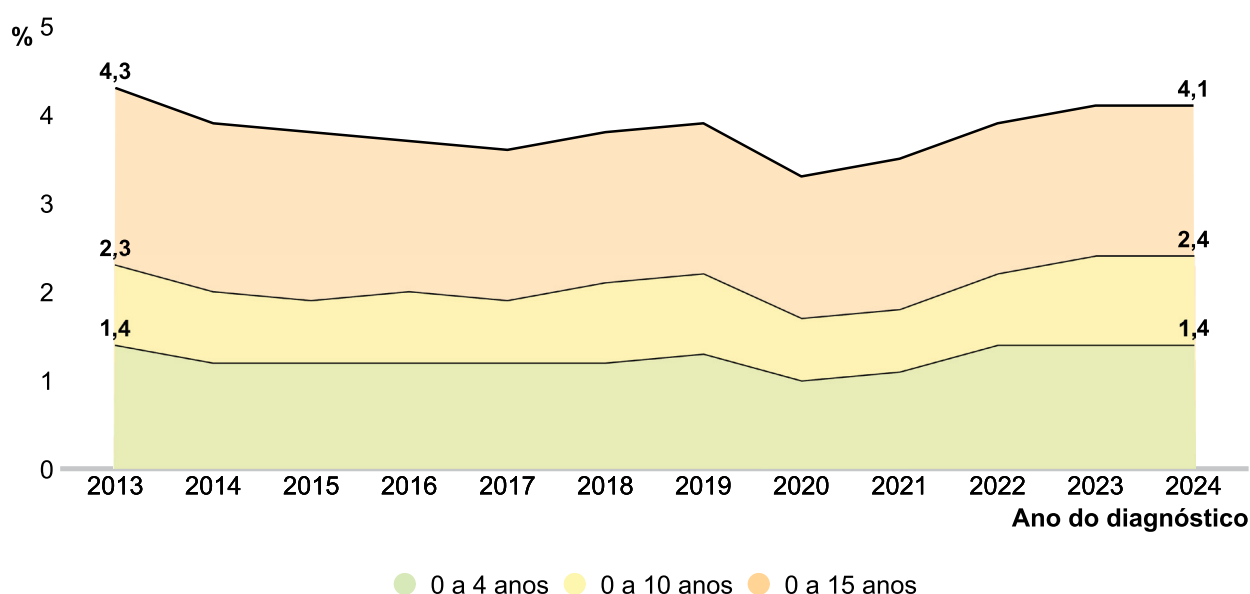
O grupo de 0 a 4 anos concentrou 33,4% dos casos dentro dessa população, representando aproximadamente um terço do total, tanto em 2024 quanto nos demais anos da análise. Na faixa etária de 5 a 10 anos, foram registrados 23,8% dos casos (n=825); já a faixa etária de 11 a 15 anos destacou-se de forma consistente ao longo dos anos avaliados por concentrar mais de 40% dos casos (n=1.485) entre crianças e adolescentes (Figura 13).

A população de 0 a 15 anos apresenta a maior proporção de casos de tuberculose extrapulmonar em comparação com a população geral, agrupando 20,6% dos casos novos. Diante dos desafios ligados à detecção e ao diagnóstico da TB em crianças, a vacina BCG (Bacilo de Calmette e Guérin) ainda é uma estratégia fundamental, sendo recomendada para a prevenção das formas graves da doença na população infantil (WHO, 2024). Nesse sentido, o Brasil registrou um importante aumento na

vacinação de BCG nos últimos anos, que variou de 84,3% em 2023 para 92,3% de cobertura ao nascer em 2024 (Brasil, 2025b).

Os quadros clínicos e radiológicos da TB em crianças representam um desafio devido à dificuldade de interpretação. Enquanto adolescentes manifestam a doença de forma semelhante ao padrão observado em adultos, as crianças menores são em sua maioria paucibacilares e apresentam sintomas inespecíficos e oligossintomáticos, constituindo, portanto, a faixa etária de maior dificuldade diagnóstica, bem como de maior risco de evolução para doença grave e morte (Cano *et al.*, 2017). Desde 2019, o SUS padronizou o tratamento da TB com as doses fixas combinadas (DFC) pediátricas para crianças menores de 10 anos, contribuindo para maior adesão ao tratamento e redução de erros de dosagem nesse grupo (Brasil, 2019a). Visando a melhoria da adesão e o aumento da proporção de cura, em 2024 o Brasil adotou o esquema encurtado da TB sensível pediátrica, importante estratégia já recomendada pela OMS; seguindo os critérios estabelecidos em nota, é possível tratar com segurança uma criança com TB pulmonar em um período de quatro meses, conforme recomendação (Brasil, 2024f).

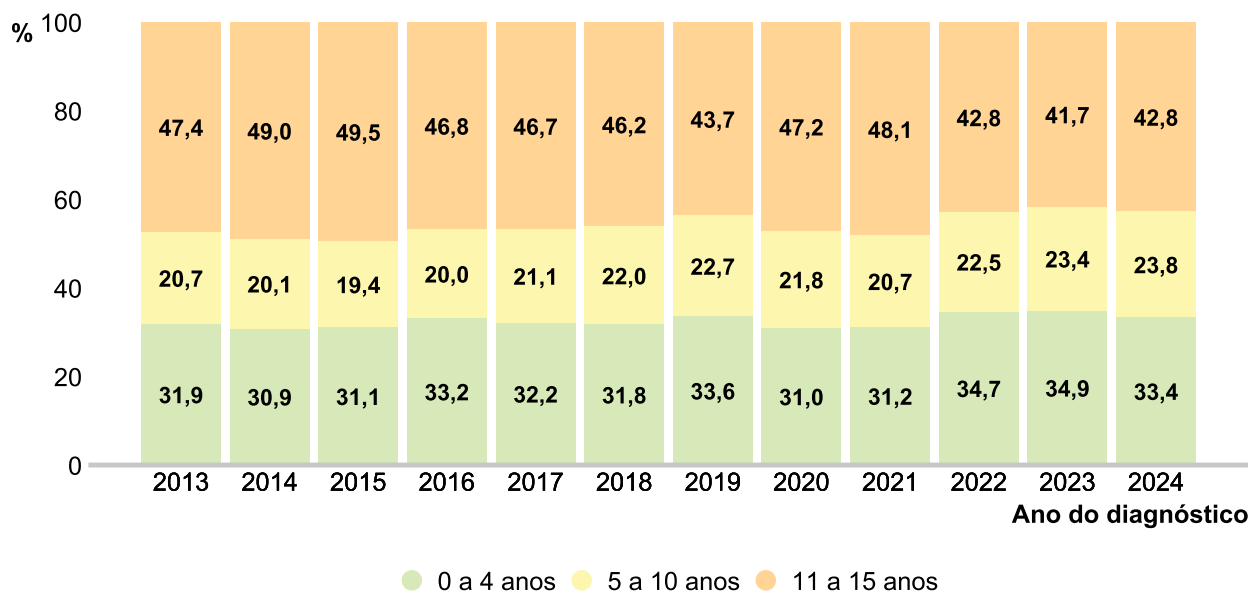
Figura 12 – Proporção de casos novos de tuberculose em pessoas com até 15 anos de idade, dentro o total de casos novos. Brasil, 2013 a 2024^a



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Obs.: a figura mostra categorias sobrepostas conforme a progressão da idade. A faixa de 0 a 10 anos inclui os valores de 0 a 4 anos (verde), e a de 0 a 15 anos abrange toda essa população.

Figura 13 – Proporção de casos novos de tuberculose segundo faixas etárias até 15 anos de idade. Brasil, 2013 a 2024^a

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Diante do contexto da TB pediátrica, em 2024 foram realizadas cinco capacitações em manejo clínico da doença em crianças e adolescentes, priorizando-se os estados de Minas Gerais, Maranhão, Espírito Santo, Amapá e Sergipe, com base em critérios epidemiológicos. Essas capacitações tiveram como objetivo qualificar profissionais de saúde, visando aprimorar as estratégias de prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da TB e da ILTB em crianças e adolescentes, garantindo uma abordagem mais eficaz e o cuidado centrado na pessoa.

Por se tratar de um grupo com particularidades que exigem atenção ao longo de toda a cascata do cuidado, foi publicado, em 2024, o **Boletim Epidemiológico de Tuberculose em Crianças e Adolescentes**, que traz uma análise mais detalhada da doença nessa população e tem como objetivo incluir, dentro das ações de vigilância da TB, orientações específicas para a elaboração de abordagens mais direcionadas para essa faixa etária (Brasil, 2024i).

Coinfecção Tuberculose-HIV

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da TB ativa. Entre as pessoas vivendo com HIV e/ou aids, o risco de adoecimento por TB é 23 vezes superior ao da população geral.

Pessoas com baixas contagens de linfócitos T-CD4⁺ (LT-CD4⁺) estão mais suscetíveis ao adoecimento por TB. No entanto, o acesso oportuno ao diagnóstico da TB e à terapia antirretroviral (Tarv) para essas pessoas favorecem a restauração imunológica, reduzindo o risco de óbito por ambas as doenças (Vollmond *et al.*, 2023; Lohse; Obel, 2016).

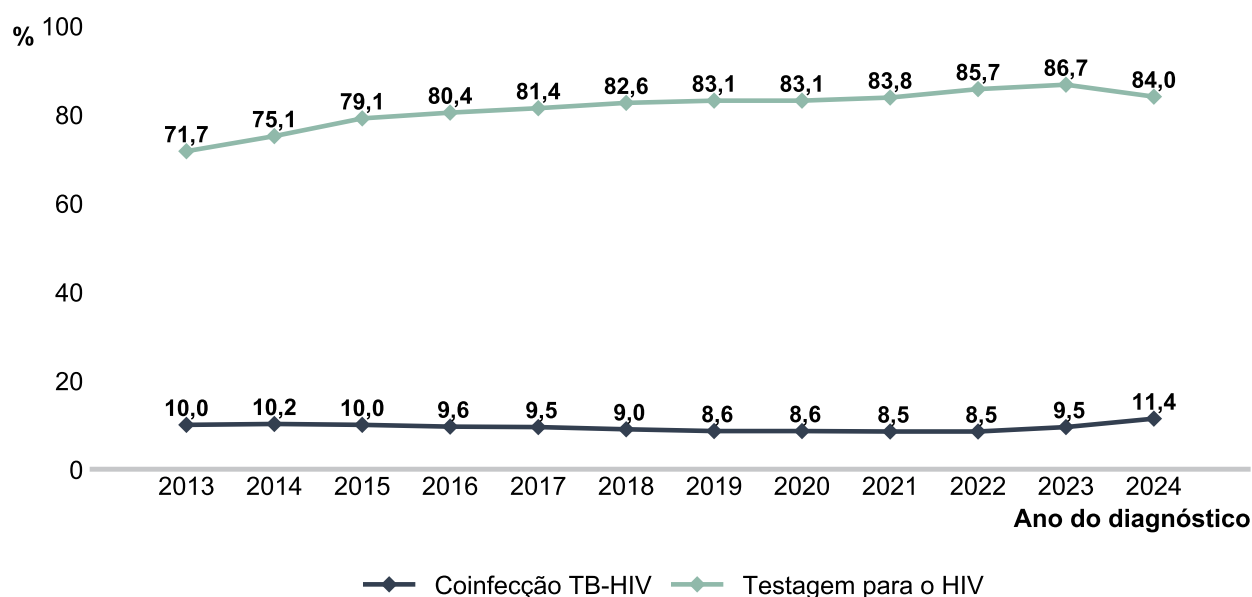
Diante desse cenário, destaca-se a necessidade de intensificar as atividades colaborativas entre os programas TB e HIV, visando aumentar o vínculo da pessoa ao serviço de saúde durante o rastreamento e o diagnóstico da TB, além de garantir o tratamento oportuno da ILTB ou da TB ativa. Também é necessário implementar estratégias para que os contatos dos indivíduos que foram diagnosticados com TB sejam encaminhados para rastreio da TB ativa e do HIV, bem como para instituir o tratamento preventivo da tuberculose (TPT), conforme indicado. Nesse contexto, o MS reforça a importância da detecção oportuna da TB nas pessoas vivendo com HIV e/ou aids, recomendando a investigação sistemática de sinais e sintomas da doença em todas as visitas dessas pessoas aos serviços de saúde. Da mesma forma, é essencial que todas as pessoas com TB sejam testadas para HIV, preferencialmente por meio do teste rápido, garantindo a oferta imediata de tratamento e intervenções integradas (Brasil, 2019b).

A testagem para HIV entre as pessoas diagnosticadas com TB no Brasil apresentou um crescimento entre 2013 e 2024. Em 2013, 71,7% das pessoas com TB foram testadas para HIV, totalizando 51.018 pessoas. Esse percentual aumentou gradualmente, atingindo 86,7% em 2023 (n=73.688). No ano seguinte, observou-se uma leve queda na proporção (84,0%; n=70.815), o que pode ser alterado em atualizações futuras da base de dados (Figura 14). Esse avanço reflete o fortalecimento das políticas de rastreamento da coinfeção TB-HIV, ampliando o diagnóstico precoce e as possibilidades de tratamento.

A proporção de pessoas com TB e a coinfeção com o HIV apresentou queda de 2014 a 2021. No entanto, nos últimos dois anos, observou-se

um aumento expressivo dessa proporção, que alcançou 9,5% dos casos novos em 2023 (n=8.094) e 11,4% em 2024 (n=9.624). O crescimento recente no percentual de coinfeção TB-HIV no país, observado por dois anos consecutivos, alerta para a necessidade de investigações e estudos epidemiológicos que permitam compreender os fatores associados a esses números, o que é essencial para identificar grupos populacionais em maior risco – considerando, por exemplo, o estágio clínico da infecção pelo HIV no momento do diagnóstico da TB – assim como para subsidiar a formulação de intervenções específicas voltadas à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da coinfeção TB-HIV (Figura 14, Tabela 5 do Apêndice).

Figura 14 – Proporção de testagem para o HIV e de coinfeção tuberculose-HIV entre os casos novos de tuberculose. Brasil, 2013 a 2024^a



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

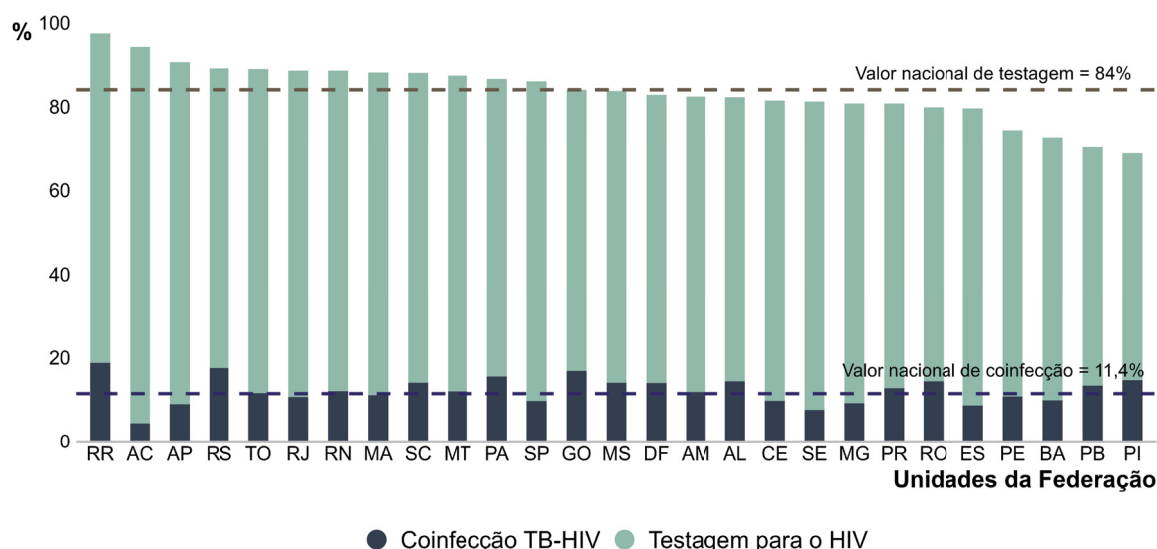
A testagem para HIV entre pessoas diagnosticadas com TB, no ano de 2024, apresentou diferenças expressivas entre as UF (Figura 15). Em 2024, 84,0% dos casos novos de TB foram testados nos estados de Roraima (97,4%; n=449), Acre (94,2%; n=483) e Amapá (90,6%; n=385), que apresentaram as maiores proporções de testagem. Por outro lado, Piauí (68,8%; n=565) e Paraíba (70,3%; n=944) registraram as menores proporções, evidenciando a necessidade de reforço nas estratégias de rastreamento nesses estados (Figura 15).

Da mesma forma, a proporção da coinfeção com o HIV entre o total de casos de TB variou entre as UF em 2024. Os estados com as maiores proporções de coinfeção foram: Roraima (18,7%; n=86), Rio Grande do Sul (17,5%; n=842), Goiás (16,8%; n=173), Pará (15,5%; n=832) e Piauí (14,6%; n=120). Já as menores foram registradas no Acre (4,3%; n=22), Sergipe (7,5%; n=59), Espírito Santo (8,6%; n=143), Amapá (8,9%; n=38) e Minas Gerais (9,1%; n=385) (Figura 15; Tabela 6 do Apêndice).

A mudança no perfil da coinfeção, com Roraima assumindo a liderança nesse indicador, reforça a necessidade de estratégias de intervenção diferenciadas, especialmente em estados com altas proporções de positividade. A ampliação do acesso ao diagnóstico, aliada ao fortalecimento das

políticas de testagem no local de atendimento, à disponibilidade do tratamento e aos cuidados da pessoa com a coinfeção TB-HIV, continua sendo essencial para reduzir o impacto de ambas as doenças no Brasil.

Figura 15 – Proporção de testagem para o HIV e de coinfeção tuberculose-HIV entre os casos novos de tuberculose por Unidades da Federação. Brasil, 2024^a



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

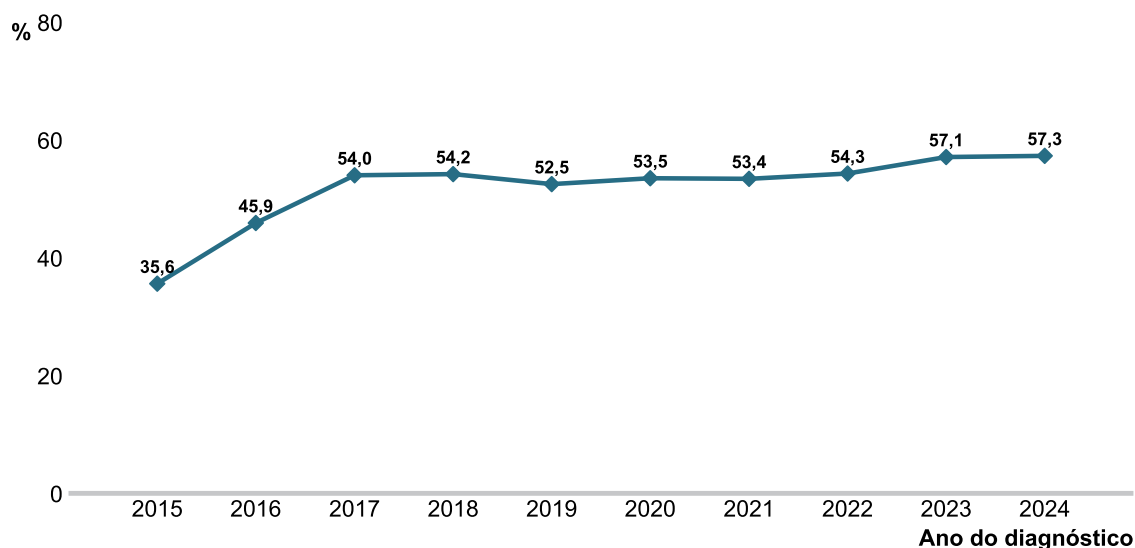
A proporção de pessoas com a coinfeção TB-HIV em uso de Tarv no Brasil tem aumentado gradualmente nos últimos anos, alcançando relativa estabilidade entre 2017 e 2022. Observou-se uma elevação desse indicador a partir de 2023 (57,1%; n=4.624), que em 2024 atingiu 57,3% (n=5.515), o maior percentual registrado desde a inclusão dessa variável no Sinan (Figura 16; Tabela 5 do Apêndice).

Historicamente, os boletins epidemiológicos de coinfeção TB-HIV têm mostrado que, após a qualificação dos dados por meio do relacionamento de bases de dados da TB com os da vigilância epidemiológica de HIV e aids, essa proporção tende a ser ainda maior do que a inicialmente observada no Sinan (Brasil, 2023d). Dessa forma, considerando a contínua qualificação da base de dados e o aprimoramento das estratégias de monitoramento, é provável que o percentual real de adesão à Tarv seja ainda mais elevado, refletindo avanços no acesso e adesão à Tarv entre as pessoas vivendo com HIV e/ou aids diagnosticadas com TB.

Cabe ressaltar que a ampliação da cobertura da Tarv nesse grupo resulta dos esforços do MS para garantir o início precoce do tratamento, conforme recomendado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o manejo da infecção pelo HIV, que preconiza o início da Tarv até o 7º dia de tratamento da TB, exceto em casos de apresentação meningoencefálica, em que a terapia deve começar após a 4ª semana do tratamento da TB.

Apesar do crescimento na proporção do uso da Tarv nas pessoas com a coinfeção TB-HIV (Brasil, 2023d), persiste a necessidade de fortalecer ações para garantir a ampliação e a implementação efetiva das recomendações pelos serviços de saúde. A oferta universal da Tarv para todas as pessoas com a coinfeção TB-HIV é fundamental para reduzir a morbimortalidade e interromper a cadeia de transmissão da TB.

Figura 16 – Proporção do uso de terapia antirretroviral entre casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids. Brasil, 2015 a 2024^a



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

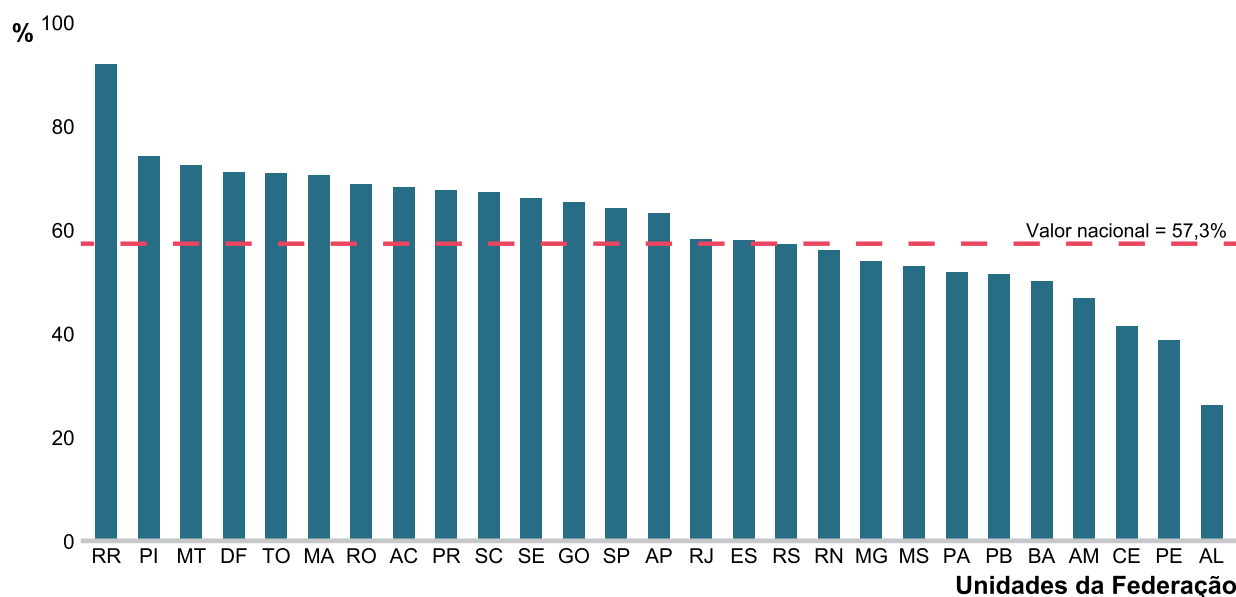
^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Na análise da distribuição do uso da Tarv entre os casos novos de TB em pessoas vivendo com HIV e/ou aids, observam-se variações entre os estados. As UF com as maiores proporções de adesão foram: Roraima (91,9%; n=79), Piauí (74,2%; n=89), Mato Grosso (72,4%; n=113), Distrito Federal (71,0%; n=44) e Tocantins (70,8%; n=17). Por outro lado, os estados com as menores taxas de Tarv entre pessoas com a coinfeção TB-HIV foram Alagoas (26,2%; n=37), Pernambuco (38,6%, n=207), Ceará (41,3%, n=140) e Amazonas (46,7%, n=224) (Figura 17).

A baixa adesão à Tarv em alguns estados pode estar associada a múltiplos fatores, como qualificação dos(as) profissionais, dificuldades na integração entre os serviços de saúde, baixa disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos oportunos, barreiras socioeconômicas, falta de seguimento adequado e até mesmo desinformação sobre a importância da terapia. Essa situação exige ações urgentes para ampliar a cobertura do tratamento, garantindo acesso oportuno à Tarv, o que é essencial para reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas com a coinfeção TB-HIV (Menezes *et al.*, 2018).

Diante desse cenário, em dezembro de 2024, o Dathi implementou uma nova aba no Sistema de Monitoramento Clínico das pessoas vivendo com HIV (Simc), que identifica pessoas com a coinfeção TB-HIV sem registro de início de Tarv em todo o Brasil. Considerando que todas as pessoas vivendo com HIV e/ou aids em tratamento da TB devem iniciar a Tarv de forma oportuna, esse monitoramento permite identificar aquelas que não possuem registro de início de Tarv, facilitando uma intervenção precoce e mais efetiva, com potencial de apoiar a redução do risco de desfechos desfavoráveis de ambas as doenças e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. O acesso à plataforma do Simc (<https://simc.aids.gov.br/>) está disponível para profissionais de saúde que compartilham responsabilidades na assistência e no monitoramento clínico-epidemiológico dessa população, como profissionais das coordenações estaduais e municipais de TB e de HIV e aids e dos estabelecimentos de saúde que atendem pessoas vivendo com HIV e/ou aids em todo o país.

Figura 17 – Proporção do uso de terapia antirretroviral entre casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids por Unidades da Federação. Brasil, 2024^a



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
 a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Devido à complexidade do tratamento da coinfeção TB-HIV, que exige o manejo simultâneo de ambas as condições e a consideração de fatores de risco adicionais, o contexto torna-se mais desafiador, resultando em piores desfechos de tratamento (Woldesemayat; Gari, 2024). Os dados ressaltam essa complexidade ao se observar, entre as pessoas com a coinfeção TB-HIV, uma redução da proporção de cura de 51,6% (n=3.634) em 2012 para 44,4% (n=3.469) em 2023. Ao mesmo tempo, a interrupção do tratamento cresceu de 15,8% (n=1.112) para 18,0%, atingindo 1.410 pessoas, o que pode indicar dificuldades na adesão e no acesso ao tratamento da TB. Além disso, os casos transferidos ou não avaliados aumentaram de 11,3% (n=798) para 17,9% (n=1.410) (Figura 18).

Também é importante analisar os óbitos nessa população. Entre os óbitos por HIV com menção de TB registrados no SIM, observou-se uma redução na proporção de pessoas cujo óbito foi atribuído ao HIV, que passou de 23,4% (n=1.776) em 2012 para 18,8% (n=1.835) em 2022. No entanto, em 2023, essa proporção apresentou um aumento, chegando a 19,2% (n=1.894). A inversão de comportamento coincide com o observado na proporção de pessoas com a coinfeção TB-HIV, apresentada na Figura 14.

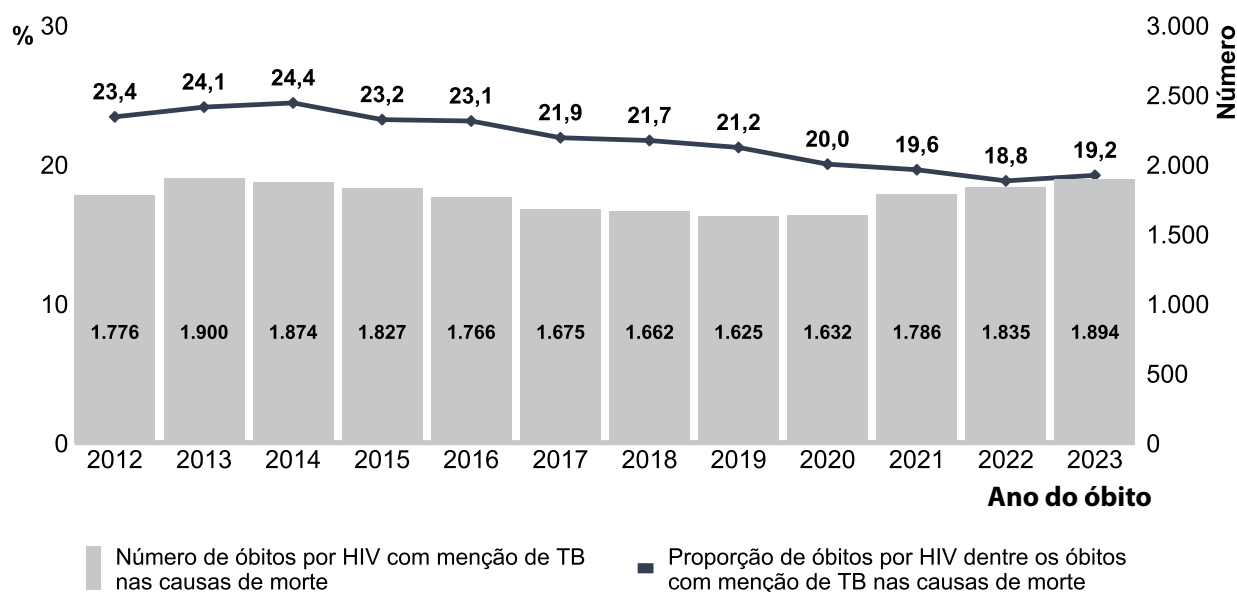
O número absoluto de óbitos por HIV com menção de TB variou ao longo dos anos, atingindo um pico de 1.900 mortes em 2013, seguido por uma redução para 1.625 casos em 2019. A partir de 2021, verifica-se um aumento (Figura 19), comportamento semelhante ao observado nos óbitos com causa básica por TB, observado na Figura 4.

Essa diminuição proporcional pode estar relacionada à redução da proporção de coinfeção TB-HIV observada até 2022 (Figura 14), bem como a avanços na detecção precoce e no manejo clínico da coinfeção, refletindo a ampliação da cobertura da Tarv, das ações de oferta do TPT – especialmente entre pessoas com baixa contagem de LT-CD4+ – e das estratégias de rastreamento da TB em pessoas vivendo com HIV e/ou aids. Entretanto, o aumento absoluto dos óbitos nos últimos anos revela desafios persistentes, o que demonstra a necessidade de fortalecer a articulação intersetorial, a integração entre os serviços, as estratégias de diagnóstico precoce da TB e do HIV, a adesão ao tratamento, o início oportuno da Tarv, o cuidado compartilhado e a vigilância epidemiológica para reduzir a mortalidade associada à coinfeção e mitigar o impacto dessas doenças no Brasil (Figura 19).

Figura 18 – Proporção dos desfechos de tratamento de tuberculose nos casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids. Brasil, 2012 a 2023^a

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Figura 19 – Número e proporção de óbitos por HIV com menção de tuberculose. Brasil, 2012 a 2023^a

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

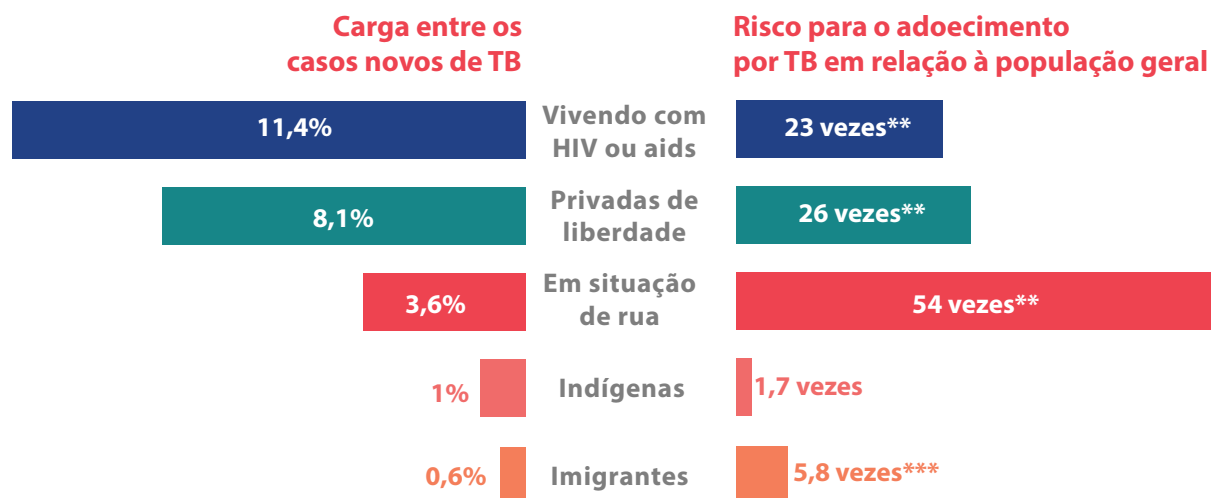
^a Dados extraídos em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Populações em situação de maior vulnerabilidade e/ou com maior risco de adoecimento por tuberculose

A tuberculose está diretamente associada aos indicadores socioeconômicos, tanto em nível individual quanto coletivo. A ocorrência da TB pode refletir riscos ocupacionais ou piores condições de vida, combinando fatores sociais, econômicos e de saúde que criam condições favoráveis

para a propagação da doença e aumentam sua prevalência em contextos de pobreza, habitações precárias e acesso limitado aos serviços de saúde (Munayco *et al.*, 2015). Nesse contexto, alguns grupos populacionais, como pessoas em situação de rua, população privada de liberdade, indígenas, imigrantes, pessoas vivendo com HIV e/ou aids e profissionais de saúde apresentam um risco maior de adoecimento por TB em comparação com a população geral (Figura 20).

Figura 20 – Proporção de casos novos de tuberculose e risco de adoecimento por tuberculose entre populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2024



Fonte: Sinan/MS e IBGE (2024); **TBWeb, SP, 2021 e Pessoa em Situação de Rua: Censo São Paulo, capital (2021); ***Sistema de Registro Nacional Migratório, 2024. Valores populacionais considerados: pessoas vivendo com HIV e/ou aids (estimativa) – CGTM/Dathi/SVSA/MS, 2024; pessoas privadas de liberdade – Sisdepen, 2024.

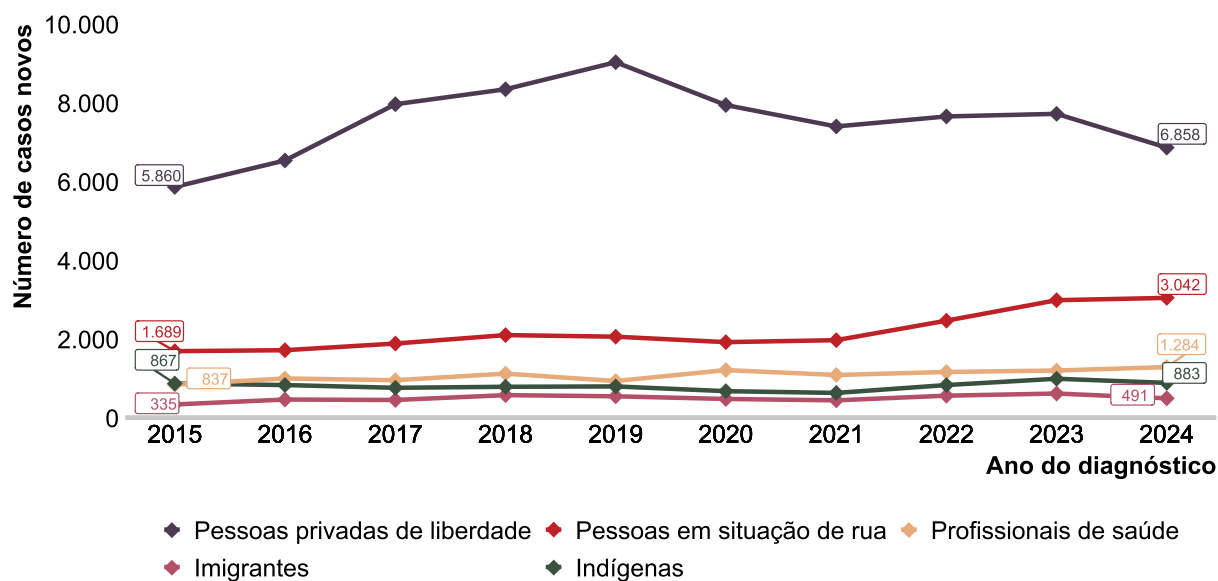
No que diz respeito ao número de casos novos de TB entre as pessoas em situação de maior vulnerabilidade, a população privada de liberdade apresentou, nos últimos anos, um aumento progressivo no número de casos novos, que passou de 7.395 em 2021 para 7.650 em 2022 e 7.716 em 2023. No entanto, em 2024, esse número diminuiu para 6.858 casos novos, o que pode indicar avanços nas estratégias de prevenção e controle da doença nesse grupo. Ainda assim, essa redução deve ser analisada com cautela, considerando a possibilidade de subdetecção, subnotificação ou mudanças na detecção e na notificação dos casos. Em relação às pessoas em situação de rua, observou-se um aumento nos registros de casos novos, que totalizaram 3.042 em 2024, o maior valor registrado desde 2015. O aumento de casos nesse grupo populacional pode estar relacionado à maior acessibilidade a ações de cuidado e atenção, como o diagnóstico da TB, ou até mesmo a um possível crescimento da população em situação de rua no Brasil. Por outro lado, entre profissionais de saúde, houve um aumento moderado de 7,3% nos casos registrados em 2024 em comparação com 2023 (Figura 21). Esse aumento destaca a importância de reforçar as medidas de biossegurança, fortalecer a vigilância ativa e garantir um acompanhamento contínuo, a fim de prevenir a exposição e o adoecimento desses(as) profissionais.

Em relação aos desfechos de tratamento da TB nessas populações específicas, observou-se

uma redução na proporção de cura entre as pessoas privadas de liberdade, que passou de 73,5% (n=5.573) em 2022 para 71,6% (n=5.472) em 2023. As pessoas em situação de rua continuam apresentando os piores desfechos de tratamento dentre as populações em situação de maior vulnerabilidade, com uma proporção de cura muito baixa (29,2%; n=857) e uma alta proporção de interrupção do tratamento (40,8%; n=1.197) em 2023. Embora a mortalidade entre esse grupo tenha reduzido de 18,0% (n=349) em 2021 para 15,2% (n=447) em 2023, os valores permanecem elevados. Entre os imigrantes, também se verificou uma diminuição na proporção de cura, que passou de 65,2% (n=281) em 2021 para 55,6% (n=330) em 2023 (Figura 22).

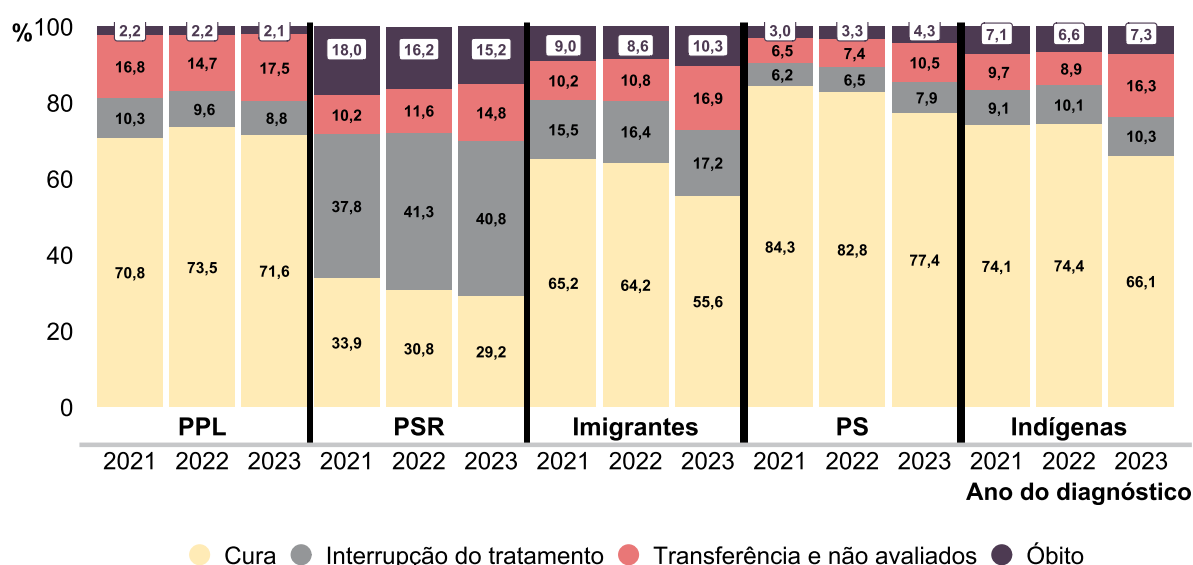
Entre profissionais de saúde, embora esse grupo apresente altos índices de cura, houve uma redução progressiva da proporção de cura, que passou de 84,3% (n=888) em 2021 e de 82,8% (n=926) em 2022 para 77,4% (n=902) em 2023. Situação semelhante foi observada entre os indígenas, cuja proporção de cura caiu de 74,1% (n=902) em 2021 para 66,1% (n=644) em 2023 (Figura 22).

Além disso, constatou-se um aumento na proporção de encerramentos por transferência e casos não avaliados em todos os grupos em situação de maior vulnerabilidade para a TB. Esse aumento foi mais expressivo entre as pessoas privadas de liberdade (17,5%; n=1.340), os imigrantes (16,9%; n=100) e os indígenas (16,3%; n=159) (Figura 22).

Figura 21 – Número de casos novos de tuberculose diagnosticados em populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2015 a 2024^a

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Figura 22 – Proporção de desfechos de tratamento entre os casos novos de tuberculose diagnosticados em populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2021 a 2023^a

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

Legenda: PPL = pessoas privadas de liberdade; PSR = pessoas em situação de rua; PS = profissionais de saúde.

^a Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Salienta-se que a elevada proporção desses desfechos temporários (transferências e não avaliados) compromete a análise dos desfechos de tratamento para a TB. Ainda, cada um desses grupos populacionais possui características e desafios específicos, que impactam na implementação de estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento da TB. É essencial compreender os fatores que influenciam

tanto o surgimento da doença quanto o progresso do tratamento nessas pessoas, visando desenvolver ações de controle e prevenção, com a adoção de uma abordagem integrada de cuidados, que envolva a colaboração entre a saúde e outros setores, para superar as barreiras e promover um atendimento mais equitativo e eficaz no controle da TB entre as populações em situação de maior vulnerabilidade.

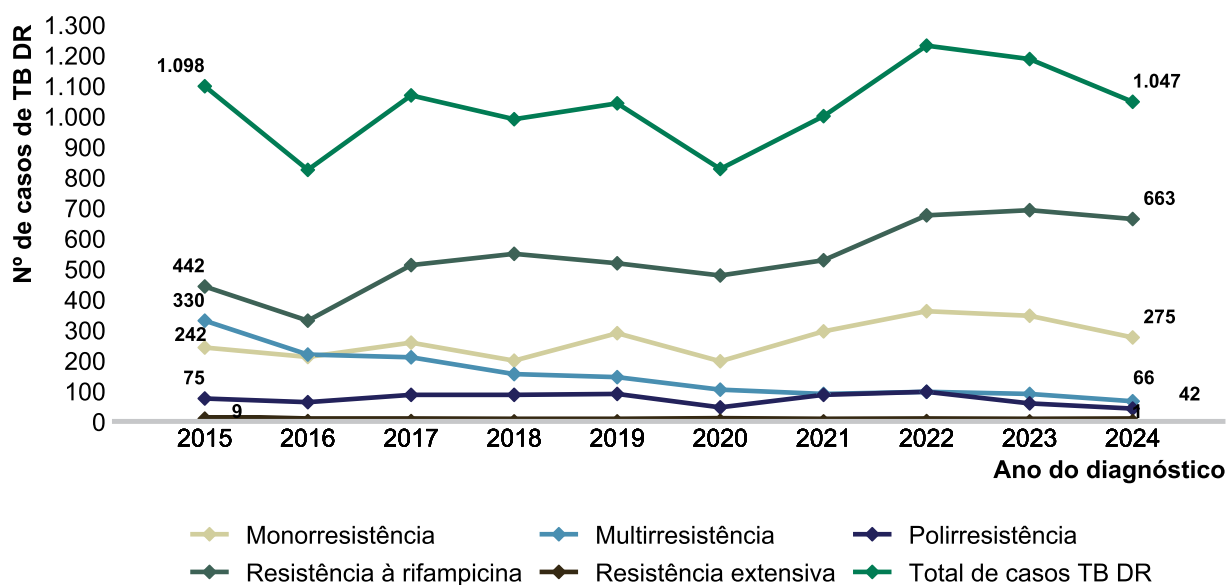
Tuberculose drogarresistente

Caracterizada pela resistência do *Mycobacterium tuberculosis* a pelo menos um dos principais medicamentos utilizados no tratamento da doença, a tuberculose drogarresistente (TB DR) representa um dos maiores desafios para o controle da TB no mundo (WHO, 2024). A complexidade do diagnóstico, os gastos elevados para o sistema de saúde e os custos catastróficos enfrentados pela pessoa em tratamento, somados ao pior prognóstico em comparação com a TB sensível, tornam a TB DR um problema de grande impacto na saúde pública. Além disso, o manejo desses casos é mais desafiador e a ocorrência da resistência tem se tornado cada vez mais frequente. No Brasil, a detecção e o manejo desses casos são importantes, exigindo estratégias reforçadas de diagnóstico precoce, ampliação do acesso a esquemas terapêuticos especiais e apoio

contínuo às pessoas afetadas, com o objetivo de conter a propagação da resistência e reduzir a mortalidade associada.

Entre 2015 e 2024, foram notificados 20.628 casos novos de TB DR no país, dos quais 1.047 com registro em 2024. A série histórica revelou oscilações ao longo dos anos, com quedas em 2016 e 2020, possivelmente associadas ao desabastecimento de cartuchos do TRM-TB e aos impactos da pandemia de covid-19, respectivamente. A partir de 2021, observou-se uma recuperação gradual no número de notificações, que atingiu um pico em 2022, com 1.231 casos, seguido por uma redução em 2024 (n=1.047) (Figura 23; Tabela 15 do Apêndice). A implantação da Rede de Teste Rápido Molecular para a TB (RTR-TB), em 2014, teve um papel fundamental nesse cenário, contribuindo para o aumento da detecção de pessoas com TB resistente à rifampicina (TB RR).

Figura 23 – Número de casos novos de tuberculose drogarresistente segundo o padrão de resistência inicial. Brasil, 2015 a 2024^a



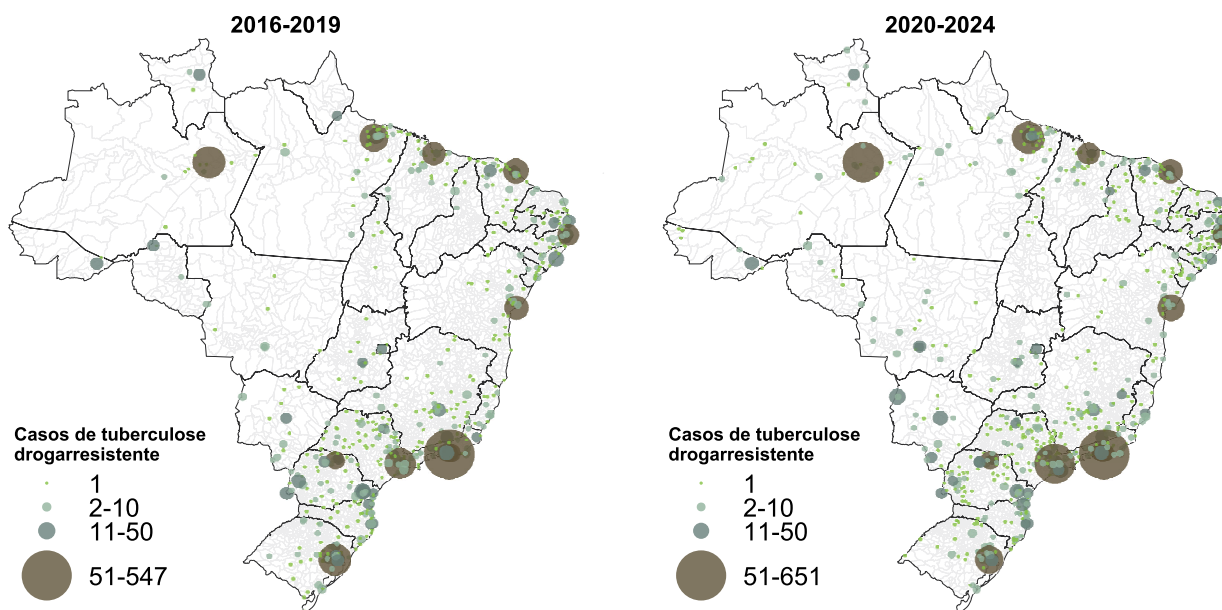
Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (Site-TB)/Ministério da Saúde.

Legenda: TB DR = tuberculose drogarresistente.

^a Dados extraídos em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

A análise da distribuição espacial dos casos novos de TB DR revelou que todas as UF registraram ao menos um caso entre 2016 e 2024. Durante o período de 2016 a 2019, foram notificados 3.875 casos novos de TB DR, com maior concentração nos municípios do Rio de Janeiro (n=547; 14,1%), Manaus (n=202; 5,2%), Porto Alegre (n=202; 5,2%), São Paulo (n=192; 5,0%) e Belém (n=156; 4,0%). Esses mesmos municípios também apresentaram os maiores números de casos de TB DR entre 2020 e 2024,

totalizando juntos 5.170 casos novos de TB DR: Rio de Janeiro (n=651; 12,6%), Manaus (n=397; 7,7%), São Paulo (n=394; 7,6%), Belém (n=245; 4,7%) e Porto Alegre (n=176; 3,4%). Mesmo com a pandemia de covid-19, que impactou negativamente a detecção e o acompanhamento da TB, o número de casos notificados de TB DR aumentou 33,4% no período de 2020 a 2024, em comparação com 2016 a 2019 (Figura 24; Tabela 16 do Apêndice).

Figura 24 – Número de casos novos de tuberculose drogarresistente por município. Brasil, 2016 a 2024^a

Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (Site-TB)/Ministério da Saúde.

^a Dados extraídos em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração

Ao considerar os casos novos diagnosticados em 2024 por UF, Rio de Janeiro, São Paulo e Amazonas concentraram 20,1% (n=210), 19,3% (n=202) e 7,8% (n=82) do total de casos de TB DR do país. Ainda no mesmo ano, na análise do percentual de padrões de resistência entre os casos novos por UF, observou-se que o Paraná apresentou a maior proporção de casos com monorresistência (66,1%; n=37). O Mato Grosso registrou o maior percentual de casos com polirresistência (42,9%; n=6). Já para a multidrogarresistência/resistência à rifampicina (MDR/RR), os estados do Maranhão (n=31), Paraíba (n=20), Sergipe (n=4), Rio Grande do Norte (n=3), Amapá (n=2) e Tocantins (n=2) tiveram 100% dos casos classificados nessa categoria (Tabela 15 do Apêndice).

Os desfechos do tratamento da TB DR apresentaram melhora após os menores percentuais de sucesso terapêutico registrados em 2019 (59,2%; n=617) e 2020 (55,6%; n=460). No entanto, apesar do aumento observado em 2021 (62,7%; n=627), a proporção de sucesso no tratamento voltou a apresentar uma redução em 2022, atingindo 60,3% (n=742). Por outro lado, o percentual de interrupção do tratamento alcançou o maior valor da série histórica, aumentando de 23,0% (n=230) em 2021 para 26,3% (n=324) em 2022. A proporção de óbitos

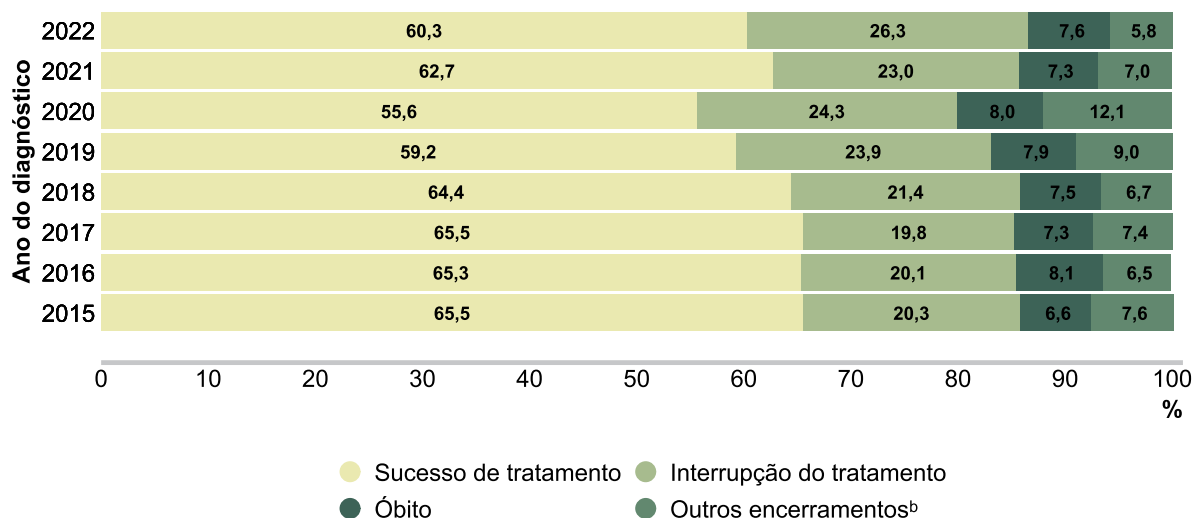
também teve um discreto crescimento de 7,3% (n=73) para 7,6% (n=94) no mesmo período. Em contrapartida, a categoria "outros encerramentos" atingiu seu menor patamar na série histórica, correspondendo a 5,8% (n=71) dos casos em 2022, o que representa uma redução de 17,1% em relação ao ano anterior (Figura 25).

O aumento percentual de desfechos negativos no tratamento (interrupção do tratamento e óbito), em 2022, ressalta como o enfrentamento à TB DR no Brasil exige ações estratégicas para superar desafios históricos, como o diagnóstico tardio, a baixa adesão ao tratamento e as barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Para isso, o MS, por meio da Coordenação-Geral da Tuberculose Micoses endêmicas e Micobactérias Não Tuberculosas (CGTM/Dathi/SVSA), tem investido em diversas estratégias, tais como:

- Ampliação do diagnóstico precoce, por meio da descentralização do TRM-TB e do teste de sensibilidade (TS).
- Incorporação de esquemas terapêuticos mais curtos, como a introdução da pretomanida no SUS, reduzindo o tempo de tratamento de 18 para 6 meses.

Figura 25 – Proporção de desfechos de tratamento dos casos novos de tuberculose drogarresistente. Brasil, 2015 a 2022^a



Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (Site-TB)/Ministério da Saúde.

^a Dados extraídos em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração

^b Outros encerramentos: falência, em tratamento, mudança de esquema, mudança do padrão de resistência, transferências.

Adicionalmente, reforça-se o apoio social às pessoas com TB DR, promovendo estratégias de adesão, acompanhamento próximo e integração dos serviços especializados com a Atenção Primária à Saúde.

Em 2022, cerca de 95% dos casos novos de TB DR notificados no Site-TB apresentaram notificação pregressa no Sinan. No entanto, apenas 50% destes foram encerrados devidamente como "TB DR". A notificação completa e o encerramento dos casos como "TB DR" no Sinan são fundamentais para a vigilância epidemiológica e o controle da doença no Brasil, pois permitem identificar as coortes de TB sensível e de TB DR. Além disso, o encerramento correto dos casos notificados no Sinan permite a análise da magnitude da TB DR, a identificação de padrões epidemiológicos e a implementação de estratégias de controle mais eficazes. Portanto, é imprescindível que os (as) profissionais de saúde sigam as diretrizes de vigilância e realizem registros fidedignos, tendo em vista fortalecer as ações de diagnóstico e tratamento (Brasil, 2024g).

Desfechos de tratamento das pessoas com tuberculose sensível

A análise da série histórica dos encerramentos de casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial revelou uma queda gradual na proporção de cura a partir de 2019, que passou de

74,2% (n=36.300) nesse ano para 66,0% (n=36.998) em 2023. Esse declínio pode estar relacionado aos impactos da pandemia de covid-19 e à determinação social da doença, além de todas as questões sociais já discutidas neste documento – podendo haver outros fatores ainda não totalmente identificados e capazes de influenciar esse cenário (Figura 26; Tabela 9 do Apêndice).

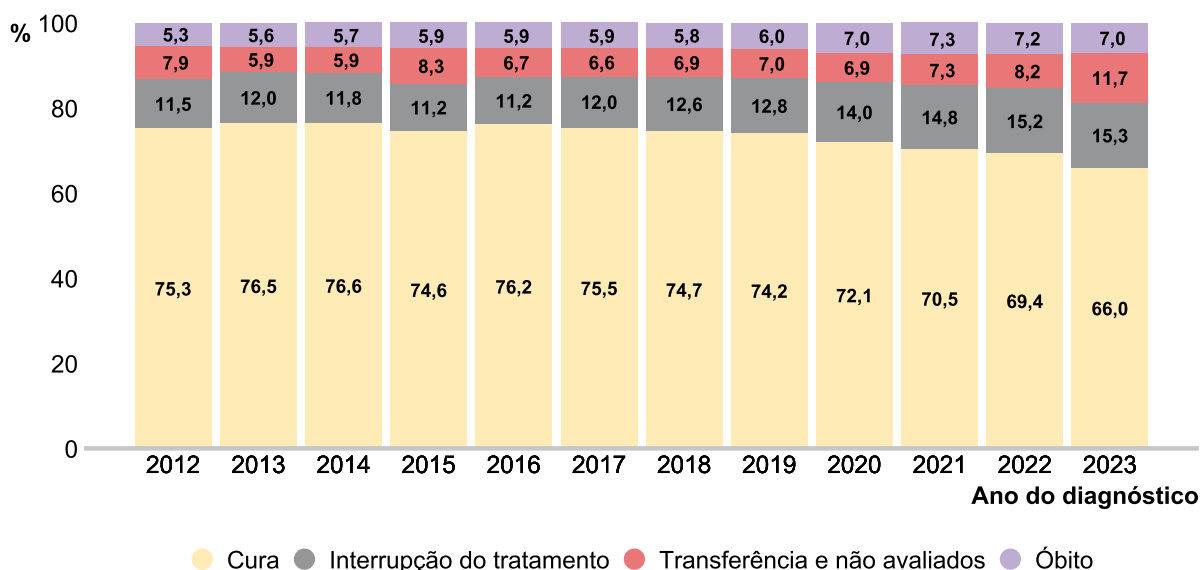
No que diz respeito à interrupção do tratamento, embora tenham ocorrido leves variações ao longo dos anos, observou-se um aumento na proporção a partir de 2020, que passou de 14,0% (n=6.091) para 15,3% (n=8.588) em 2023, atingindo o valor mais alto do período. As maiores proporções de interrupção do tratamento foram identificadas nos estados de Rondônia (28,8%; n=148), Rio Grande do Sul (19,1%; n=578), Santa Catarina (18,4%; n=251) e Amazonas (18,4%; n=505) (Tabela 9 do Apêndice). Ainda em 2023, 11,7% (n=6.528) dos casos diagnosticados com TB tiveram encerramento desconhecido (transferência e não avaliados) (Figura 26). A qualidade dessa informação é fundamental para entender a situação real da doença no país, pois quanto maior a proporção de casos com desfecho desconhecido, mais comprometida se torna a análise desse indicador, podendo não refletir a realidade local. Tal dificuldade pode ser minimizada com o registro correto dos tipos de entrada e encerramento dos casos no Sinan pelos serviços de saúde, além da adequada vinculação das fichas de

notificação, uma responsabilidade compartilhada pelas vigilâncias das três esferas federais do SUS (municipal, estadual e federal).

Em 2023, os estados do Acre (82,4%; n=319), Amapá (74,6%; n=209), Roraima (74,0%; n=318), Rio de Janeiro (71,9%; n=6.292) e São Paulo (71,1%; n=9.759)

destacaram-se com os maiores percentuais de cura de TB pulmonar confirmada por critério laboratorial. Por outro lado, 15 UF tiveram proporções de cura inferiores ao valor nacional (66,0%) (Figura 27; Tabela 9 do Apêndice).

Figura 26 – Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar^a confirmados por critério laboratorial. Brasil, 2012 a 2023^b

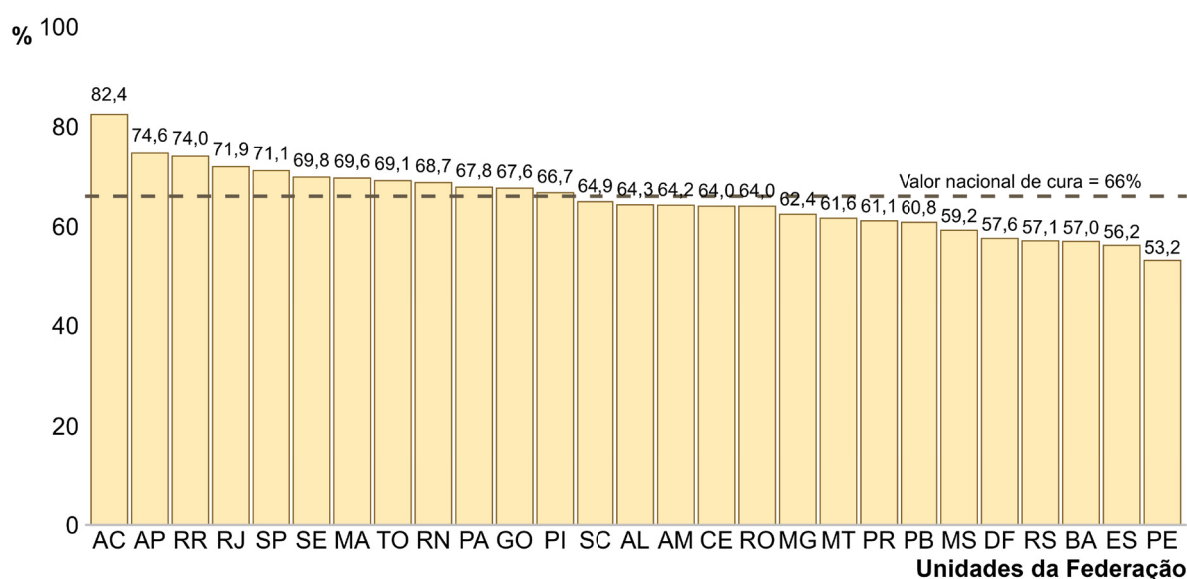


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

^a Pulmonares com confirmação laboratorial, excluídos os encerramentos por tuberculose drogarresistente, mudança de esquema e falência.

^b Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Figura 27 – Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar^a confirmados por critério laboratorial por Unidade da Federação. Brasil, 2023^b



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

^a Pulmonares com confirmação laboratorial, excluídos os encerramentos por tuberculose drogarresistente, mudança de esquema e falência.

^b Dados extraídos e qualificados em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Vale ressaltar que a TB é uma doença de notificação compulsória e, sempre que diagnosticada, deve ser registrada no Sinan. Embora o Sinan também registre o desfecho dos óbitos por TB, o SIM é o principal sistema de notificação utilizado para análise de mortalidade, garantindo maior precisão e qualidade dos dados. As informações relacionadas à mortalidade por TB encontram-se apresentadas em seções anteriores deste Boletim Epidemiológico.

Para o cumprimento do planejamento estratégico do Dathi, que estabelece como meta aumentar a proporção de cura de casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial para 67,3% em 2024, atingindo 77,5% até 2027, torna-se essencial o compromisso conjunto entre estados, municípios e governo federal, buscando esforços urgentes para reverter o que se configura como um padrão preocupante. A atuação dos(as) gestores é fundamental na estruturação da linha de cuidado, na otimização dos fluxos de atendimento e na implementação de estratégias que apoiem a criação de vínculo e integrem as equipes de saúde com as equipes de assistência social, uma vez que a proteção social desempenha um papel importante na promoção da adesão ao tratamento (Torrens *et al.*, 2016; Reis-Santos *et al.*, 2019), assim como é importante que as equipes de saúde utilizem estratégias de adesão capazes de apoiar essas ações nos territórios. A perda de renda e os custos diretos e indiretos associados ao tratamento pode comprometer mais de 20% da renda (os chamados custos catastróficos da doença) das famílias brasileiras afetadas pela TB, tornando ainda mais urgente a necessidade de um apoio integrado e centrado nas famílias para garantir o acesso e condições adequadas à continuidade do tratamento (Guidoni *et al.*, 2021).

Prevenção da tuberculose

Estima-se que cerca de um quarto da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (WHO, 2024). Embora a maioria das pessoas infectadas não desenvolva a forma ativa da doença, elas representam um reservatório do bacilo. O risco de progressão da infecção latente para a tuberculose ativa é maior nos primeiros dois anos após a primoinfecção, podendo, no entanto, o estado de latência se estender por toda a vida. O risco de desenvolver TB ativa é maior entre pessoas

vivendo com HIV e/ou aids, pessoas recém-infectadas (por meio do contato com indivíduos com a doença), pessoas desnutridas, com diabetes, em uso de imunobiológicos, tabagistas e que consomem álcool (Brasil, 2022c).

A interrupção da progressão da ILTB para a TB ativa nesses grupos é uma estratégia fundamental para reduzir a incidência global da doença (WHO, 2024). No Brasil, a instituição do TPT é um dos principais componentes dessa estratégia. Para fortalecer essa ação, o MS adotou medidas como publicação do Protocolo de Vigilância da Infecção Latente pelo *M. tuberculosis*, a implementação do Sistema de Informação para Notificação de Pessoas em Tratamento da ILTB (IL-TB) e a realização de capacitações em todas as UF (Brasil, 2022c). Paralelamente, a imunização com a vacina BCG continua sendo essencial para prevenir formas graves da TB em crianças (WHO, 2024).

A ampliação da oferta do TPT é uma prioridade do Pilar 1 da Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose (*End TB Strategy*), que enfatiza ações de prevenção e cuidados integrados (WHO, 2014). Nesse contexto, a prescrição do TPT por enfermeiros e farmacêuticos representa um avanço estratégico, tornando o tratamento mais ágil e acessível. Essa medida descentraliza a assistência e amplia o acesso ao cuidado, fortalecendo a detecção e o tratamento da infecção latente. A implementação do TPT, aliada ao fortalecimento da vigilância e à ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento da TB, é crucial para alcançar as metas pactuadas e reduzir a carga da TB no país (Brasil, 2021).

Diante desse cenário, em 2024, foram realizadas sete qualificações para profissionais de saúde no manejo da ILTB, contemplando os estados do Espírito Santo, Bahia, Goiás, Minas Gerais, Pará, Pernambuco e Rio de Janeiro, selecionados com base em critérios epidemiológicos. Além disso, também foram organizadas capacitações específicas para enfermeiros(as), em todas as regiões do Brasil, sobre o manejo da ILTB. Essas qualificações tiveram como objetivo treinar profissionais de saúde para a detecção oportuna a partir da avaliação de contatos, do TPT e da vigilância da ILTB, além de apresentar inovações no monitoramento. O intuito foi fortalecer as ações de controle da TB no país, ampliando a resposta local e nacional para reduzir a incidência da doença.

Adicionalmente, como iniciativa do Dathi, foi lançado o aplicativo "Prevenir TB", que oferece informações sobre a prevenção da TB. Desenvolvido para apoiar profissionais de saúde que atuam no SUS, o Prevenir TB utiliza uma tecnologia flexível, com acesso a partir de diferentes dispositivos. O objetivo do aplicativo é auxiliar na prevenção da TB por meio do cuidado adequado às pessoas com ILTB. A ferramenta gera fluxogramas estratégicos para o manejo clínico da infecção, além de disponibilizar informações sobre rastreamento, diagnóstico e TPT, contribuindo para fortalecer as ações de controle da TB.

Desde a implementação da vigilância da ILTB em 2018, o número de pessoas notificadas que iniciaram o TPT no Brasil tem aumentado anualmente. Entre 2018 e 2024, foram notificadas 222.777 pessoas com início do TPT em todo o território nacional. Após uma redução no terceiro trimestre de 2023, possivelmente atrelada ao desabastecimento do Derivado Proteico Purificado (PPD) no país, os valores voltaram a crescer até o terceiro trimestre de 2024 (Figura 28; Tabela 17 do Apêndice). Contudo, observou-se nova queda no último trimestre do ano, totalizando 11.804 tratamentos iniciados nesse período. A redução observada no último trimestre pode também estar relacionada à disponibilidade do PPD, que sofreu importante restrição a partir do final de agosto de 2024, tendo sido restabelecidas as distribuições em dezembro.

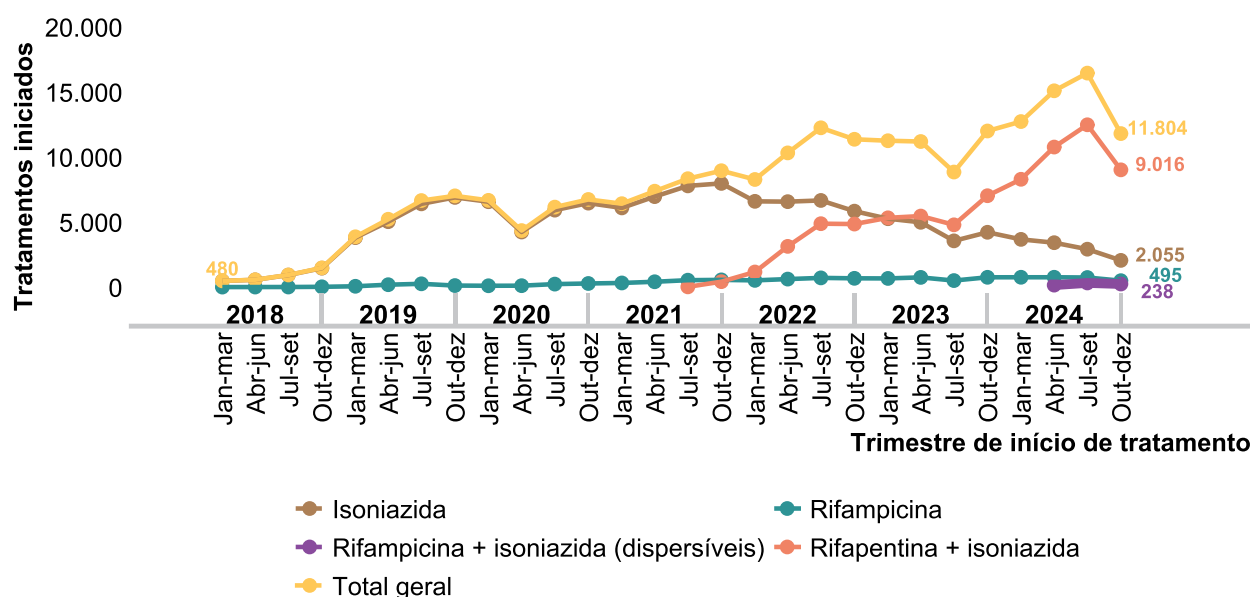
A partir da introdução do esquema com rifapentina e isoniazida (3HP) em agosto de 2021, administrado semanalmente por três meses (12 semanas), observou-se um crescimento progressivo do número de pessoas tratadas com essa associação. No primeiro trimestre de 2022, a adesão ao 3HP mostrou um aumento constante, ultrapassando os demais esquemas terapêuticos a partir do primeiro trimestre de 2023. Em 2024, o número de tratamentos iniciados com 3HP manteve-se crescente ao longo do ano; porém, apresentou

uma leve queda no último trimestre, com 9.016 pessoas iniciando o TPT, o que representou uma redução de 27,8% (n=3.464) em relação ao trimestre anterior, seguindo o padrão geral de TPT (Figura 28). Esse esquema significa um avanço expressivo para a ampliação do TPT, pois reduz a quantidade de doses e os efeitos adversos, favorecendo a conclusão do tratamento.

Em consonância com o planejamento estratégico do Dathi e com a meta de ampliar em 35% o número de pessoas em uso do 3HP até 2024, em comparação com 2022, observou-se um crescimento expressivo do uso do esquema nesse período. O número de pessoas iniciando o TPT com 3HP aumentou de 14.018 em 2022 para 40.554 em 2024, um incremento de 189,3%, sendo essa a principal escolha terapêutica no país como um todo, responsável por 72,3% (n=40.554) do total de TPT (Figura 28).

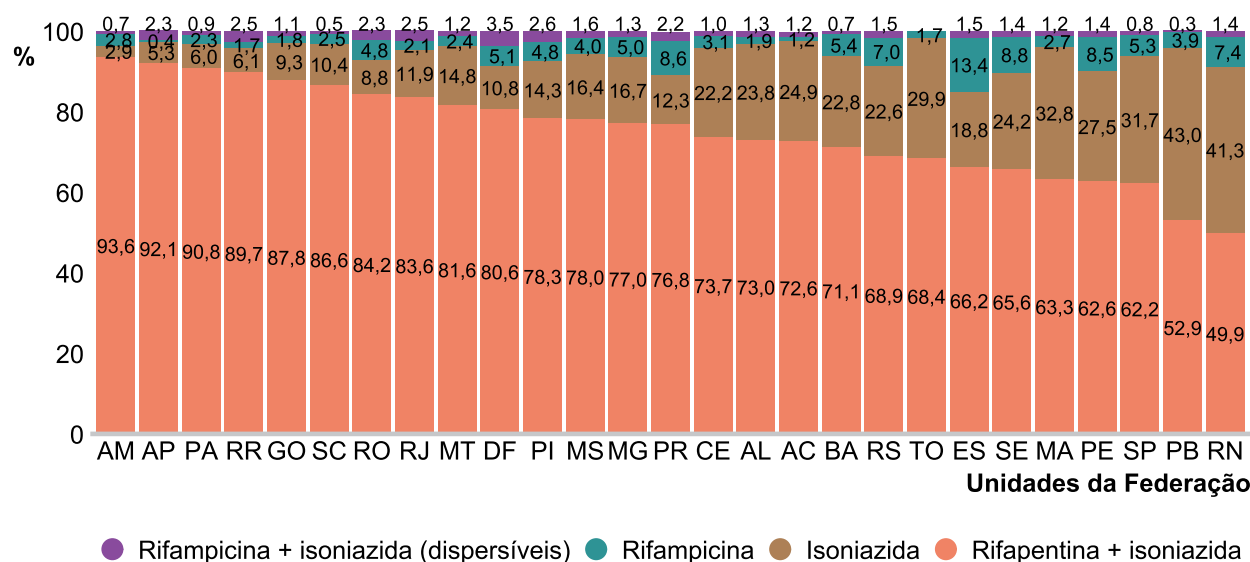
Em junho de 2024, a CGTM/Dathi/SVSA/MS, em conjunto com a Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos (CGAFME/DAF/Sectics/MS), publicou a Nota Informativa nº 6/2024-CGTM/Dathi/SVSA/MS (Brasil, 2024h), recomendando uma nova opção de TPT em crianças menores de 10 anos: o esquema com três meses de rifampicina associada à isoniazida (3RH). Em 2024, foram notificadas 711 pessoas que iniciaram esse esquema terapêutico (Figura 28).

Em 2024, o esquema 3HP também representou a principal escolha terapêutica em quase todas as UF, com dez delas registrando proporções superiores a 80% de uso do esquema: Amazonas (93,6%; n=2.399), Amapá (92,1%; n=244), Pará (90,8%; n=1.525), Roraima (89,7%; n=323), Goiás (87,8%; n=860), Santa Catarina (86,6%; n=1.839), Rondônia (84,2%; n=336), Rio de Janeiro (83,6%; n=5.865), Mato Grosso (81,6%; n=475) e Distrito Federal (80,6%; n=253) (Figura 29).

Figura 28 – Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose. Brasil, 2018 a 2024^a

Fonte: Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (IL-TB)/Ministério da Saúde; Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (Silt)/Secretaria de Estado de Saúde de Goiás; Sistema Vigilantes/Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

^a Dados extraídos em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Figura 29 – Proporção de esquemas terapêuticos dentre as pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose por Unidades da Federação. Brasil, 2024^a

Fonte: Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (IL-TB)/Ministério da Saúde; Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (Silt)/Secretaria de Estado de Saúde de Goiás; Sistema Vigilantes/Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

^a Dados extraídos em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

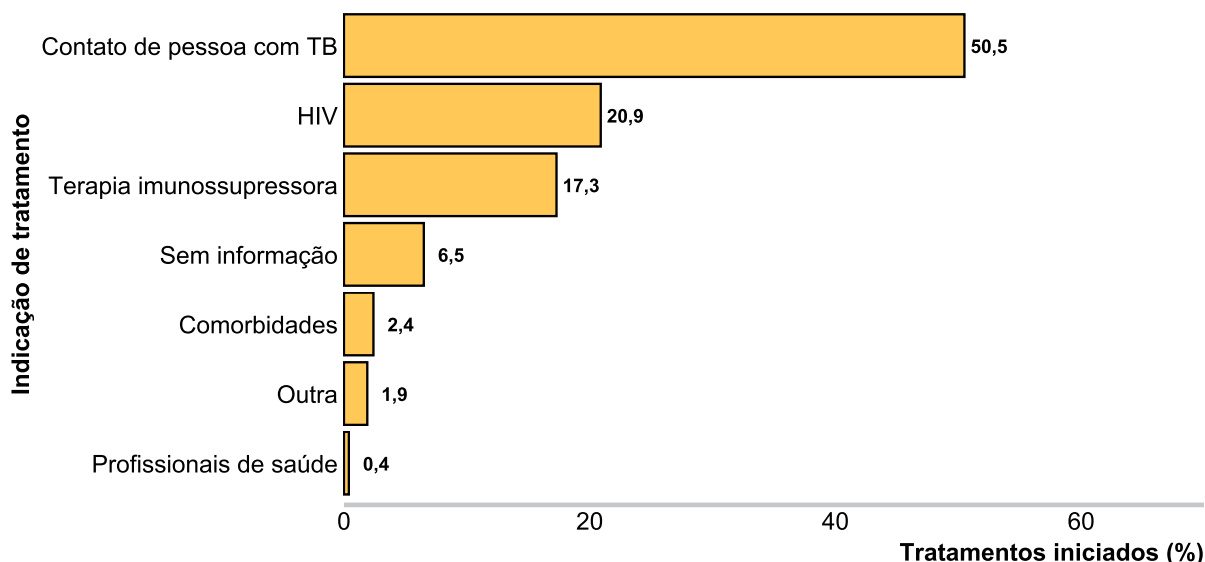
Um total de 56.079 pessoas iniciaram o TPT em 2024. Dentre elas, 50,5% (n=28.334) foram identificadas como contatos de casos de TB e 20,9% (n=11.727) corresponderam a pessoas vivendo com HIV e/ou aids, enquanto 17,3% (n=9.728) dos tratamentos foram realizados em indivíduos em uso de terapia imunossupressora (Figura 30).

A avaliação de contatos desempenha um papel crucial na prevenção de novos casos de TB; sendo esta a principal indicação para o início do TPT, é fundamental expandir a investigação de contatos domiciliares em nível nacional. Essa ampliação é especialmente relevante em crianças menores de 5 anos, devido ao maior risco de

desenvolver a doença após a infecção (Brasil, 2019a). A avaliação de contatos é uma meta do Programa de Qualificação da Atenção à Vigilância em Saúde (PQAVS), que estabelece que 70% dos

contatos de casos novos de TB com confirmação laboratorial devem ser avaliados anualmente (Brasil, 2023b). Em 2023, o Brasil teve 68,6% dos contatos avaliados (Tabela 7 do Apêndice).

Figura 30 – Proporção de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose conforme indicação de tratamento. Brasil, 2024^a



Fonte: Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (IL-TB)/Ministério da Saúde; Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (Silt)/Secretaria de Estado de Saúde de Goiás; Sistema Vigilantes/Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Legenda: TB = tuberculose.

^a Dados extraídos em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Observações:

- Contatos de pessoas com TB: soma de contatos adultos e adolescentes com idade igual ou superior a 10 anos + contatos adultos e crianças independentemente da vacinação prévia com BCG + contatos de crianças menores de 10 anos, vacinadas com BCG há mais de dois anos + contatos de pessoas com TB confirmada por critério laboratorial + recém-nascidos coabitantes de caso-fonte confirmado por critério laboratorial.
- HIV: soma de pessoas vivendo com HIV e/ou aids com contagem de linfócitos T-CD4+ superior a 350 células/mm³ + pessoas vivendo com HIV e/ou aids com LT-CD4+ inferior ou igual a 350 células/mm³ + pessoas vivendo com HIV e/ou aids com radiografia de tórax mostrando cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior de TB + pessoas vivendo com HIV e/ou aids com registro documental de ter tido prova tuberculínica superior ou igual a 5mm ou IGRA positivo, não submetidas a tratamento da ILTB na ocasião.
- Terapia imunossupressora: soma de indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora + indivíduos em uso de inibidores do TNF-alfa ou corticosteroides (acima de 15mg de prednisona por mais de um mês) + neoplasias em terapia imunossupressora.
- Comorbidades: soma de alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB + diabetes *mellitus* + indivíduos com baixo peso (menos de 85% do peso ideal) + indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia + indivíduos tabagistas (mais de 1 maço/dia) + insuficiência renal em diálise + neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas + silicose.
- Profissionais de saúde: soma de profissionais de saúde + trabalhadores(as) de instituições de longa permanência.

Considerando a recomendação de ofertar do TPT para pessoas vivendo com HIV e/ou aids com contagem de LT-CD4+ igual ou inferior a 350 células/mm³, após a exclusão da TB ativa, sem a necessidade de realização do IGRA ou prova tuberculínica, o MS implementou no Simc, em 2020, um monitoramento disponível para todos os(as) profissionais de saúde que atuam no serviço público no cuidado a essa população. Ressalta-se, ainda, a importância do acompanhamento das pessoas vivendo com HIV e/ou aids com contagem de LT-CD4+ acima de 350 células/mm³, em caso de resultado positivo no IGRA (preferencialmente) ou na prova tuberculínica, garantindo que essa população tenha acesso ao tratamento preventivo adequado.

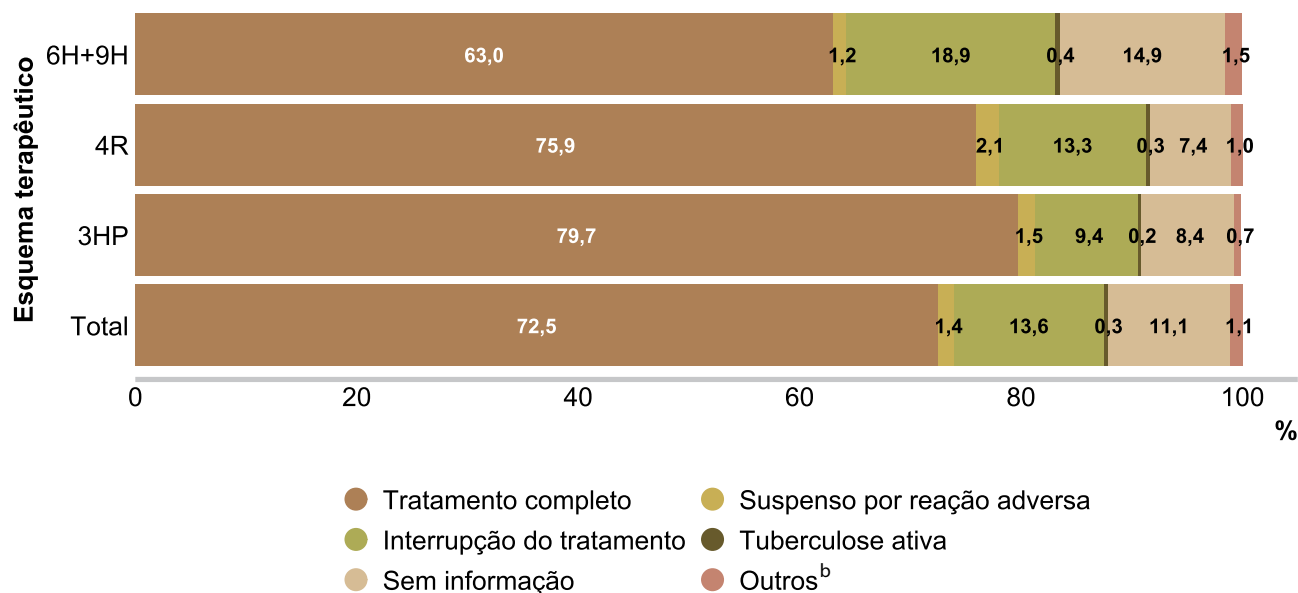
Em 2023, 72,5% das pessoas que iniciaram o TPT concluíram o tratamento, enquanto 13,6% o interromperam e 1,4% o suspenderam devido a reações adversas (Figura 31). O esquema 3HP teve a maior adesão em comparação com os outros esquemas disponíveis (79,7%, n=18.023) e a menor proporção de interrupção do tratamento (9,4%; n=2.122).

A interrupção do tratamento foi mais frequente com o uso dos esquemas 6H e 9H (18,9%; n=3.403), enquanto nos esquemas 3HP e 4R os percentuais foram menores, 9,4% (n=2.122) e 13,3% (n=355), respectivamente. Além disso, a suspensão por reação adversa variou de 1,2% a 2,1% entre os esquemas terapêuticos, sendo mais

frequente com o 4R. O percentual de indivíduos que desenvolveram TB ativa durante o TPT foi relativamente baixo (entre 0,2% e 0,4%). Esses dados indicam uma tendência de melhor adesão

aos esquemas mais curtos (3HP e 4R), reforçando a necessidade de estratégias para minimizar a interrupção do tratamento, especialmente nos esquemas de tratamento 6H e 9H (Figura 31).

Figura 31 – Proporção de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose conforme situação de encerramento e esquema terapêutico. Brasil, 2023^a



Fonte: Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (IL-TB)/Ministério da Saúde; Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (Silt)/Secretaria de Estado de Saúde de Goiás; Sistema Vigilantes/Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

^a Dados extraídos em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

^b Outros: soma dos encerramentos com óbito, suspenso por condição clínica desfavorável ao tratamento, suspenso por prova tuberculínica inferior a 5mm em quimioprofilaxia primária e transferência para outro país.

Considerações finais

Este boletim revelou avanços e, ao mesmo tempo, destacou desafios que apontam para a necessidade de ações integradas para o controle da tuberculose no Brasil. As notificações dos casos novos de TB evidenciaram que, após a redução observada em 2020, os registros aumentaram, culminando em um coeficiente de incidência de 40,1 casos por 100 mil habitantes em 2023 – um patamar que não era visto há mais de 12 anos. Paralelamente, a mortalidade por TB ultrapassou, pela primeira vez e após 26 anos, a marca de mais 6 mil óbitos anuais, reforçando a gravidade do problema e a necessidade de intervenções mais eficazes. Esse cenário, possivelmente reflexo da queda na proporção de cura dos casos de TB pulmonar confirmados laboratorialmente, sinaliza a urgência de aprimoramento nas estratégias de manejo e controle da doença. No entanto, em 2023, ambos os indicadores (incidência e mortalidade) tiveram aumento desacelerado em comparação ao ano anterior, apontando para possíveis ações de enfrentamento.

No campo do diagnóstico, o planejamento estratégico do Dathi estabeleceu como meta que, até 2027, 80% dos casos novos de TB pulmonar deverão ser confirmados laboratorialmente, com uma meta intermediária de 77,1% para 2024. Embora os dados preliminares indiquem avanços nessa direção, ainda persistem desafios na ampliação da cobertura diagnóstica, evidenciando a importância de fortalecer a rede de laboratórios, ampliar o acesso ao TRM-TB e integrar de forma mais eficaz os serviços de atenção primária com os laboratórios de referência.

Outro aspecto que merece grande atenção é o aumento da coinfeção TB-HIV. Essa questão necessita ser analisada e detalhada de forma colaborativa para a identificação de possíveis fatores associados. Por outro lado, destaca-se, de forma positiva, a maior utilização da Tarv e a testagem nesse grupo, o que sugere que as ações em curso para o aumento da realização da terapia estão surtindo efeito.

Quanto à infecção latente pelo *M. tuberculosis* e a prevenção da evolução para a doença ativa, o uso do esquema terapêutico 3HP tem promovido maior adesão, menor proporção de interrupção e um aumento expressivo na conclusão do TPT. Esses resultados reforçam de maneira inequívoca a recomendação do 3HP como o esquema prioritário para o TPT no Brasil.

Adicionalmente, entre os principais avanços obtidos, destacam-se a Política de Incentivo, que

fortalece a rede de atenção à saúde e a capacidade de resposta no território; o Programa Brasil Saudável, que atua sobre os determinantes sociais da TB, contribuindo para a integração intersetorial e promoção dos direitos sociais da pessoa com TB, com ênfase no fortalecimento da proteção social e na redução da pobreza; e a descentralização da assistência, permitindo que enfermeiros(as) e farmacêuticos(as) prescrevam o TPT, ampliando assim o acesso ao cuidado. Além disso, os incentivos à produção científica por meio de projetos e editais específicos para pesquisas em tuberculose fortalecem o conhecimento e a inovação na área.

Entretanto, para que possamos avançar rumo à eliminação da TB como problema de saúde pública até 2030, é necessário intensificar as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, com foco na ampliação do acesso aos serviços de saúde, na redução das desigualdades e na mitigação dos custos catastróficos enfrentados pelas pessoas com TB. A incorporação de novas tecnologias – como vacinas inovadoras, tratamentos de curta duração e ferramentas avançadas de diagnóstico – aliada ao incentivo à pesquisa, torna-se indispensável para transformar o panorama atual. Além disso, é necessário enfrentar fatores estruturais, como a iniquidade no acesso à saúde, o estigma associado à doença e a vulnerabilização das populações mais afetadas, como pessoas em situação de rua, indígenas e pessoas privadas de liberdade. Ainda, há barreiras culturais e linguísticas que precisam ser ultrapassadas, em especial para a população indígena. Todavia, o impacto das crises humanitárias, das pandemias e das mudanças climáticas, que agravam as condições sociais e econômicas desses grupos populacionais, compromete os esforços globais para o controle e a eliminação da TB como problema de saúde pública.

Diante desse cenário, reafirma-se o compromisso do MS com a melhoria contínua das estratégias de controle da TB, por meio de uma abordagem integrada e intersetorial que visa reduzir o impacto da doença e promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Acrescenta-se, por fim, a necessidade de que esse compromisso seja compartilhado com os níveis estaduais e municipais, com o apoio da sociedade civil e da academia para o fortalecimento das ações de vigilância, prevenção, diagnóstico e tratamento, garantindo uma resposta mais eficaz e abrangente no enfrentamento à TB.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Controle da Tuberculose. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância do óbito com menção de tuberculose nas causas de morte**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_vigilancia_obito_mencao_tuberculose.pdf. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 43, de 6 de setembro de 2019. Torna pública a decisão de incorporar as doses fixas pediátricas RHZ (rifampicina 75 mg + isoniazida 50 mg + pirazinamida 150 mg) e RH (rifampicina 75 mg + isoniazida 50 mg) comprimidos dispersíveis para tratamento da tuberculose em crianças menores de 10 anos, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 174, p. 190, 9 set. 2019a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2019/prt0043_09_09_2019.html. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/brasil-livre-da-tuberculose/view>. Acesso em: 22 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. **Guia orientador: promoção da proteção social para as pessoas acometidas pela tuberculose**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/guia-orientador-promocao-da-protecao-social-para-as-pessoas-acometidas-pela-tuberculose.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Diagnóstico Laboratorial de Tuberculose e Micobactérias não Tuberculosas de Interesse em Saúde Pública no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-para-diagnostico-laboratorial-de-tuberculose-e-micobacterias-nao-tuberculosas-de-interesse-em-saude-publica-no-brasil.pdf/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/af_protocolo_vigilancia_iltb_2ed_9jun22_ok_web.pdf/view. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023. Dispõe sobre o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente – CIEDDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 74, p. 14, 18 abr. 2023a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11494.htm. Acesso em: 30 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 233, de 9 de março de 2023. Retificação. Alterações no Anexo I - Metas e indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQA-VS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 53, p. 45, 2023b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pqa-vs/legislacao/retificacao-portaria-233_2023.pdf/view. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Informativa Nº 20/2023-CGTM/DATHI/SVSA/MS**. Atualização sobre a definição do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose no contexto da tecnologia de saúde digital. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2023/sei_ms-0037162163-nota-informativa-20.pdf/view. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico Coinfecção TB-HIV 2022**. N. esp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, fev. 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/coinfeccao-tb-hiv>. Acesso em: 22 fev. 2025.

BRASIL. Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. Institui o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, e altera o Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023, para dispor sobre o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente – CIEDDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 7 fev. 2024a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-11.908-de-6--de-fevereiro-de-2024-541909024>. Acesso em: 30 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmica e Micobactérias Não Tuberculosas. **Nota Informativa nº 15/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS**. Recomendações técnicas aos farmacêuticos para acolher, orientar e prescrever o tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) ou Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2024/nota-informativa-15-iltb-farmaceuticos.pdf/view>. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmica e Micobactérias Não Tuberculosas (CGTM). **Nota Informativa nº 4/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS**. Recomendações técnicas aos enfermeiros para orientar a indicação do tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb), os algoritmos para indicação e rastreio da ILTB, além de recomendações sobre o tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2024/nota-informativa-no-42024-cgtm-dathisvsa.pdf/view>. Acesso em: jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 4.868, de 17 de julho de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 145, p. 108, 30 jul. 2024d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4868_30_07_2024.html. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 4.869, de 17 de julho de 2024. Define o valor atualizado por estado para recebimento do Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 145, 30 jul. 2024e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4869_30_07_2024.html. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmica e Micobactérias Não Tuberculosas. **Nota Informativa nº 5/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS**. Implementação do tratamento encurtado da tuberculose sensível não grave em crianças e adolescentes (2RHZ (E)/ 2RH). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024f. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2024/nota-informativa-no-5-2024-cgtm.pdf/view>. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde**: volume 2. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024g. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmica e Micobactérias Não Tuberculosas. **Nota Informativa nº 6/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS**. Disponibilização dos comprimidos dispersíveis rifampicina 75mg + isoniazida 50mg para o tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou tratamento preventivo da tuberculose em crianças menores de 10 anos, com peso corporal entre 4 e inferior a 25kg. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024h. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2024/nota-informativa-6-2024-dispersiveis-rifampicina-e-isoniazida.pdf/view>. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Tuberculose em Crianças e Adolescentes 2024**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024i. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-especial-tb-em-criancas-e-adolescentes.pdf/view#:~:text=e%20Adolescentes%202024-,Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20%2D%20Tuberculose%20em%20Crian%C3%A7as%20e%20Adolescentes%202024,avan%C3%A7o%20das%20pesquisas%20nessa%20popula%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 6.558, de 23 de janeiro de 2025. Divulga os montantes anuais alocados aos Estados, Distrito Federal e Municípios relativos ao Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle do Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), da Tuberculose, das Hepatites Virais e das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 80, 2025a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.558-de-23-de-janeiro-de-2025-610263763>. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde, Secretaria de Informação e Saúde Digital. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. **Cobertura Vacinal - Calendário Nacional - Residência**. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html. Acesso em: 11 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Orientações sobre o Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle do HIV, da Aids, da Tuberculose, das Hepatites Virais e das Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2025/orientacoes-sobre-o-incentivo.pdf/view>. Acesso em: 12 fev. 2025.

CANO, A. P. G. *et al.* Tuberculose em pacientes pediátricos: como tem sido feito o diagnóstico? **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 2, p. 165–170, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/GHVVJCMxG5Z8FwGfGvyqVLz/?format=pdf>. Acesso em: 13 fev. 2025.

CARTER, D. J. *et al.* The impact of social protection and poverty elimination on global tuberculosis incidence: a statistical modelling analysis of Sustainable Development Goal 1. **Lancet Glob Health**. 2018; v. 6, p.514-e22. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29580761/>. Acesso em 12 de fev. 2025.

DUARTE NETO, N. C. *et al.* Epidemiological profile of tuberculosis cases in Belém-Pará, between the years 2018-2022. **Revista Cereus**, v. 16, n. 2, p. 212–220, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v16n2p212-220>. Acesso em: 14 mar. 2025.

FERREIRA, M. R. L. *et al.* Social protection as a right of people affected by tuberculosis: a scoping review and conceptual framework. **Infect. Dis. Poverty**, v. 12, n. 103, 2023. Disponível em: <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-023-01157-1>. Acesso em 21 fev. 2025.

GUIDONI, L. M. *et al.* Custos catastróficos e sequelas sociais decorrentes do diagnóstico e tratamento da tuberculose no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 3, p. e2020810, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300012>. Acesso em: 22 fev. 2025.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, p. 511-517, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132012000400014>. Acesso em: 14 fev. 2025

JESUS, G. S. *et al.* Effects of conditional cash transfers on tuberculosis incidence and mortality according to race, ethnicity and socioeconomic factors in the 100 Million Brazilian Cohort. *Nature Medicine*, v. 31, n. 2, p. 653-662, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39753969/>. Acesso em: 12 fev. 2025.

LOUREIRO, R. B. *et al.* Acompanhamento de pacientes com diagnóstico e tratamento de tuberculose no Brasil: ônus financeiro para a família. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 49, p. e20220368, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/45MJKz8PRtgVygXcxgWhrfk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jan. 2025.

LOHSE, N.; OBEL, N. Update of Survival for Persons With HIV Infection in Denmark. **Ann. Intern. Med.** v. 165, n. 1, p. 749-750, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27842400/>. Acesso em: 12 fev. 2025.

MENEZES, E. G. *et al.* Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 299-304, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800042>. Acesso em: 12 fev. 2025.

MUNAYCO, C. V. *et al.* Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 38, n. 3, p. 177-185, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26757995/>. Acesso em: 30 jan.2025.

NERY, J. S. *et al.* Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v. 21, n. 7, p. 790–6, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28633704/>. Acesso em 13 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável: Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: ONU Brasil, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>. Acesso em: 10 fev. 2025.

PEER, V.; SCHWARTZ, N.; GREEN, M. S. Gender differences in tuberculosis incidence rates – A pooled analysis of data from seven high-income countries by age group and time period. **Frontiers in Public Health**, v. 10, p. 997025, 10 jan. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.997025>. Erratum in: **Frontiers in Public Health**, v. 11, p. 1157235, 21 fev. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1157235>. Acesso em: 14 mar. 2025.

REIS-SANTOS, B. *et al.* Tuberculosis in Brazil and cash transfer programs: a longitudinal database study of the effect of cash transfer on cure rates. **PLoS ONE**, v. 14, n. 2, p. e0212617, 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0212617>. Acesso em: 12 fev. 2025.

SELIG, L. *et al.* Proposta de vigilância de óbitos por tuberculose em sistemas de informação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1.072-1.078, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000600012>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SILVA, I. C. M. *et al.* Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, e000100017, mar. 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000100040&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2025.

SILVA, M. V. P. *et al.* Mortalidade por tuberculose no Brasil (2013-2023): variação temporal, espacial, étnica e em relação ao gênero. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 6, p. e4607-e4607, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/4607/3510>. Acesso em: 11 fev. 2025.

SOUZA, R. A *et al.* Family health and conditional cash transfer in Brazil and its effect on tuberculosis mortality. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v. 22, n. 11 p.1300–6, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6751077/>. Acesso em: 10 fev. 2025.

STOP TB PARTNERSHIP. **7º Fórum Global sobre Vacinas contra a TB**. [S. l.]: Stop TB Partnership, 2025. Disponível em: <https://tbvaccinesforum.org/pt/rio-de-janeiro/2024-venue/>. Acesso em: 10 fev. 2025.

STOP TB PARTNERSHIP. **The UNION World Conference on Lung Health**. [S. l.]: Stop TB Partnership, 2024. Disponível em: <https://www.stoptb.org/event/union-world-conference-lung-health-0>. Acesso em: 9 fev. 2025.

TORRENS, A. W. *et al.* Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, v. 110, n. 3, p. 199–206, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26884501/>. Acesso em: 19 fev. 2025.

VOLLMOND, C. *et al.* Risk of Depression in People With Human Immunodeficiency Virus: A Nationwide Population-based Matched Cohort Study. **Clinical Infectious Diseases**, v. 77, n. 11, p. 1569–77, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37467149/>. Acesso em 12 fev. 2025

WOLDESEMAYAT, E. M.; GARI, T. Tuberculosis treatment outcome of TB/HIV co-infected patients at Adare Hospital, Hawassa City Administration, Sidama Region. **BMC Infect. Dis.**, v. 24, p. 1281, 2024. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-024-10181-x>. Acesso em 12 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The End TB Strategy**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/end-tb-strategy-2015.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **UN General Assembly High-level Meeting on the fight against tuberculosis, 2023**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/activities/preparing-for-the-un-high-level-meeting-on-the-fight-against-tuberculosis--2023>. Acesso em: 10 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2024**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>. Acesso em: 30 jan. 2025.

Apêndices

Tabelas

Fontes de dados e cálculo dos indicadores

Tabelas

Tabela 1 – Indicadores epidemiológicos e operacionais dos casos novos de tuberculose por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2024^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Casos novos de TB		Coeficiente de incidência de TB 100 mil hab.	Casos novos de TB pulmonar		Casos novos de TB no sexo feminino		Casos novos de TB no sexo masculino		Casos novos de TB de pós-óbito	
	n			n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	84308		39,7	73321	87,0	26774	31,8	57529	68,2	591	0,7
Norte	11712		62,7	10316	88,1	3978	34,0	7732	66,0	22	0,2
Rondônia	693		39,7	599	86,4	213	30,7	480	69,3	1	0,1
Acre	513		58,3	452	88,1	164	32,0	349	68,0	3	0,6
Amazonas	4056		94,7	3636	89,6	1466	36,1	2589	63,8	10	0,2
Roraima	461		64,3	415	90,0	147	31,9	314	68,1	1	0,2
Pará	5356		61,8	4644	86,7	1813	33,8	3542	66,1	4	0,1
Amapá	425		52,9	388	91,3	119	28,0	306	72,0	1	0,2
Tocantins	208		13,2	182	87,5	56	26,9	152	73,1	2	1,0
Nordeste	20655		36,2	18061	87,4	6687	32,4	13968	67,6	200	1,0
Maranhão	2741		39,1	2491	90,9	834	30,4	1907	69,6	27	1,0
Piauí	821		24,3	709	86,4	260	31,7	561	68,3	0	0,0
Ceará	3480		37,7	3048	87,6	1179	33,9	2301	66,1	35	1,0
Rio Grande do Norte	1119		32,5	984	87,9	323	28,9	796	71,1	4	0,4
Paraíba	1343		32,4	1137	84,7	411	30,6	932	69,4	12	0,9
Pernambuco	5019		52,6	4327	86,2	1662	33,1	3357	66,9	93	1,9
Alagoas	983		30,5	837	85,1	358	36,4	625	63,6	1	0,1
Sergipe	787		34,4	696	88,4	215	27,3	572	72,7	5	0,6
Bahia	4362		29,4	3832	87,8	1445	33,1	2917	66,9	23	0,5
Sudeste	38451		43,4	33313	86,6	11864	30,9	26584	69,1	313	0,8
Minas Gerais	4243		19,9	3625	85,4	1210	28,5	3033	71,5	18	0,4
Espírito Santo	1671		40,7	1425	85,3	498	29,8	1173	70,2	11	0,7
Rio de Janeiro	12973		75,3	11589	89,3	4152	32,0	8818	68,0	76	0,6
São Paulo	19564		42,6	16674	85,2	6004	30,7	13560	69,3	208	1,1
Sul	9337		30	7980	85,5	3031	32,5	6306	67,5	34	0,4
Paraná	2408		20,4	2069	85,9	755	31,4	1653	68,6	13	0,5
Santa Catarina	2110		26,2	1794	85,0	693	32,8	1417	67,2	1	0,0
Rio Grande do Sul	4819		42,9	4117	85,4	1583	32,8	3236	67,2	20	0,4
Centro-Oeste	4153		24,3	3651	87,9	1214	29,2	2939	70,8	22	0,5
Mato Grosso do Sul	1368		47,1	1237	90,4	351	25,7	1017	74,3	14	1,0
Mato Grosso	1308		34,1	1178	90,1	405	31,0	903	69,0	1	0,1
Goiás	1030		14	870	84,5	322	31,3	708	68,7	6	0,6
Distrito Federal	447		15	366	81,9	136	30,4	311	69,6	1	0,2

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: UF = Unidades da Federação; TB = tuberculose.
^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 2 – Indicadores epidemiológicos e operacionais dos casos novos de tuberculose por capitais. Brasil, 2024^{a,b}

Capitais	Casos novos de TB		Coeficiente de incidência de TB 100 mil hab.	Casos novos de TB pulmonar		Casos novos de TB no sexo feminino		Casos novos de TB no sexo masculino		Casos novos de TB de pós-óbito	
	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%
Total	30963	14,6	26567	85,8	10425	33,7	20535	66,3	276	0,7	
Porto Velho	429	83,3	362	84,4	128	29,8	301	70,2	0	0,0	
Rio Branco	296	76,3	252	85,1	100	33,8	196	66,2	3	0,8	
Manaus	2903	127,3	2598	89,5	1054	36,3	1849	63,7	5	0,1	
Boa Vista	335	71,3	300	89,6	105	31,3	230	68,7	1	0,3	
Belém	1860	133	1440	77,4	716	38,5	1144	61,5	1	0,0	
Macapá	299	61,4	271	90,6	86	28,8	213	71,2	1	0,3	
Palmas	42	13	32	76,2	12	28,6	30	71,4	1	1,8	
São Luís	902	82,9	797	88,4	253	28,0	649	72,0	12	0,9	
Teresina	314	34,8	262	83,4	101	32,2	213	67,8	0	0,0	
Fortaleza	1463	56,8	1271	86,9	518	35,4	945	64,6	22	1,0	
Natal	403	51,3	358	88,8	125	31,0	278	69,0	0	0,0	
João Pessoa	490	55,1	421	85,9	145	29,6	345	70,4	8	1,2	
Recife	1550	97,6	1329	85,7	579	37,4	971	62,6	35	1,6	
Maceió	441	44,3	370	83,9	168	38,1	273	61,9	0	0,0	
Aracaju	250	39,8	214	85,6	82	32,8	168	67,2	3	0,9	
Salvador	1439	56	1234	85,8	514	35,7	925	64,3	9	0,5	
Belo Horizonte	583	24,1	462	79,2	200	34,3	383	65,7	0	0,0	
Vitória	154	44,9	119	77,3	51	33,1	103	66,9	1	0,5	
Rio de Janeiro	6469	96,1	5777	89,3	2127	32,9	4339	67,1	35	0,4	
São Paulo	7252	61	6088	83,9	2345	32,3	4907	67,7	132	1,4	
Curitiba	323	17,7	253	78,3	111	34,4	212	65,6	0	0,0	
Florianópolis	220	38,2	184	83,6	80	36,4	140	63,6	0	0,0	
Porto Alegre	1048	75,4	875	83,5	393	37,5	655	62,5	3	0,2	
Campo Grande	506	53	453	89,5	113	22,3	393	77,7	3	0,4	
Cuiabá	345	50,5	307	89,0	104	30,1	241	69,9	0	0,0	
Goiânia	200	13,4	172	86,0	79	39,5	121	60,5	0	0,0	
Brasília	447	15	366	81,9	136	30,4	311	69,6	1	0,2	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: UF = Unidades da Federação; TB = tuberculose.
^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 3 – Indicadores de mortalidade por tuberculose por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2023^{a,b}

Brasil, regiões e UF		Coeficiente de mortalidade por TB		Óbitos por TB									
				0 a 14 anos					15 a 59 anos				
				n	Óbitos/ 100 mil hab.	n	%	Óbitos/ 100 mil hab.	n	%	Óbitos/ 100 mil hab.	n	%
Brasil	6025	2,8		62	0,2	3531	58,6	2,5	2415	40,1		2415	6,8
Norte	649	3,5		18	0,4	361	55,6	3,0	268	41,3		268	13,0
Rondônia	24	1,4		0	0,0	16	66,7	1,4	8	33,3		8	3,5
Acre	37	4,2		1	2,7	22	59,5	3,8	14	37,8		14	16,1
Amazonas	215	5,1		10	4,7	116	54,0	4,2	88	40,9		88	21,3
Roraima	28	4,0		3	10,7	13	46,4	2,9	12	42,9		12	20,0
Pará	320	3,7		4	1,3	177	55,3	3,1	138	43,1		138	13,9
Amapá	15	1,9		0	0,0	12	80,0	2,3	3	20,0		3	4,2
Tocantins	10	0,6		0	0,0	5	50,0	0,5	5	50,0		5	2,4
Nordeste	1780	3,1		11	0,6	1038	58,3	2,8	727	40,8		727	8,3
Maranhão	240	3,4		1	0,4	134	55,8	2,9	104	43,3		104	11,4
Piauí	99	2,9		1	1,0	48	48,5	2,2	49	49,5		49	9,1
Ceará	242	2,6		1	0,4	128	52,9	2,1	113	46,7		113	7,9
Rio Grande do Norte	91	2,6		0	0,0	53	58,2	2,4	38	41,8		38	6,9
Paraíba	114	2,8		1	0,9	73	64,0	2,8	40	35,1		40	5,9
Pernambuco	452	4,8		4	0,9	283	62,6	4,6	163	36,1		163	11,1
Alagoas	80	2,5		1	1,3	50	62,5	2,4	29	36,3		29	6,4
Sergipe	58	2,5		0	0,0	46	79,3	3,1	12	20,7		12	3,7
Bahia	404	2,7		2	0,5	223	55,2	2,3	179	44,3		179	7,5
Sudeste	2581	2,9		24	0,9	1555	60,2	2,7	991	38,4		991	6,1
Minas Gerais	341	1,6		0	0,0	176	51,6	1,3	165	48,4		165	4,1
Espírito Santo	132	3,2		1	0,8	71	53,8	2,7	60	45,5		60	8,6
Rio de Janeiro	795	4,6		8	1,0	453	57,0	4,1	331	41,6		331	9,8
São Paulo	1313	2,9		15	1,1	855	65,1	2,9	435	33,1		435	5,3
Sul	687	2,2		6	0,6	388	56,5	2,0	295	42,9		295	5,1
Paraná	210	1,8		2	1,0	112	53,3	1,5	96	45,7		96	4,6
Santa Catarina	123	1,6		1	0,8	77	62,6	1,5	45	36,6		45	3,4
Rio Grande do Sul	354	3,2		1	0,3	199	56,2	2,9	154	43,5		154	6,4
Centro-Oeste	328	1,9		5	1,5	189	57,6	1,7	134	40,9		134	5,6
Mato Grosso do Sul	105	3,6		0	0,0	66	62,9	3,6	39	37,1		39	9,0
Mato Grosso	98	2,6		2	2,0	45	45,9	1,8	51	52,0		51	10,6
Goiás	103	1,4		3	2,9	63	61,2	1,3	37	35,9		37	3,4
Distrito Federal	22	0,7		0	0,0	15	68,2	0,7	7	31,8		7	1,7

Fonte: Sistema de Informação sobre mortalidade/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: UF = Unidades da Federação; TB = tuberculose.
^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 4 – Indicadores de mortalidade por tuberculose por capitais: Brasil, 2023^{a,b}

Capitais	Óbitos por TB		Coeficiente de mortalidade por TB/100 mil hab.	Óbitos por TB					
				0 a 14 anos			15 a 59 anos		
	n	Óbitos/ 100 mil hab.		n	%	Óbitos/ 100 mil hab.	n	%	Óbitos/ 100 mil hab.
Total	1971	4		13	0,7	0,2	1157	58,7	3,6
Porto Velho	13	2,5		0	0,0	0,0	10	76,9	2,9
Rio Branco	18	4,6		0	0,0	0,0	12	66,7	4,6
Manaus	131	5,8		3	2,3	0,6	74	56,5	4,8
Boa Vista	20	4,4		2	10,0	1,8	10	50,0	3,3
Belém	138	9,8		1	0,7	0,4	80	58,0	8,5
Macapá	14	2,9		0	0,0	0,0	11	78,6	3,4
Palmas	81	7,4		0	0,0	0,0	50	61,7	6,7
São Luís	33	3,7		0	0,0	0,0	17	51,5	2,8
Teresina	125	4,9		0	0,0	0,0	69	55,2	4,0
Fortaleza	41	5,2		0	0,0	0,0	27	65,9	5,3
Natal	30	3,4		0	0,0	0,0	22	73,3	3,8
João Pessoa	140	8,8		1	0,7	0,4	80	57,1	7,8
Recife	32	3,2		0	0,0	0,0	19	59,4	2,9
Maceió	16	2,5		0	0,0	0,0	12	75,0	2,9
Aracaju	134	5,2		0	0,0	0,0	75	56,0	4,3
Salvador	45	1,8		0	0,0	0,0	25	55,6	1,6
Belo Horizonte	14	4,1		0	0,0	0,0	7	50,0	3,2
Vitória	259	3,8		2	0,8	0,2	129	49,8	3,0
Rio de Janeiro	446	3,7		4	0,9	0,2	285	63,9	3,7
São Paulo	20	1,1		0	0,0	0,0	10	50,0	0,8
Curitiba	15	2,7		0	0,0	0,0	13	86,7	3,4
Florianópolis	85	6,0		0	0,0	0,0	47	55,3	5,4
Porto Alegre	45	4,8		0	0,0	0,0	26	57,8	4,3
Campo Grande	27	4,0		0	0,0	0,0	15	55,6	3,3
Cuiabá	27	1,8		0	0,0	0,0	17	63,0	1,7
Goiânia	22	0,7		0	0,0	0,0	15	68,2	0,7
Brasília	0	0,0		0	0,0	0,0	0	0,0	0,0

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: TB = tuberculose.
^a Banco extraído e qualificado em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compoem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 5 – Indicadores de coinfeção tuberculose-HIV por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2024^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Casos novos de TB			Testagem para HIV entre os casos novos de TB			Coinfeção TB-HIV entre os casos novos de TB			Realização de Tarv entre os casos novos de TB com coinfeção TB-HIV		
	n		%	n		%	n		%	n		%
Brasil	84308	70815	84,0	9624	11,4	5515	57,3					
Norte	11712	10036	85,7	1581	13,5	857	54,2					
Rondônia	693	553	79,8	99	14,3	68	68,7					
Acre	513	483	94,2	22	4,3	15	68,2					
Amazonas	4056	3341	82,4	480	11,8	224	46,7					
Roraima	461	449	97,4	86	18,7	79	91,9					
Pará	5356	4640	86,6	832	15,5	430	51,7					
Amapá	425	385	90,6	38	8,9	24	63,2					
Tocantins	208	185	88,9	24	11,5	17	70,8					
Nordeste	20655	16087	77,9	2239	10,8	1107	49,4					
Maranhão	2741	2414	88,1	302	11,0	213	70,5					
Piauí	821	565	68,8	120	14,6	89	74,2					
Ceará	3480	2832	81,4	339	9,7	140	41,3					
Rio Grande do Norte	1119	991	88,6	134	12,0	75	56,0					
Paraíba	1343	944	70,3	179	13,3	92	51,4					
Pernambuco	5019	3728	74,3	536	10,7	207	38,6					
Alagoas	983	808	82,2	141	14,3	37	26,2					
Sergipe	787	639	81,2	59	7,5	39	66,1					
Bahia	4362	3166	72,6	429	9,8	215	50,1					
Sudeste	38451	33076	86,0	3779	9,8	2294	60,7					
Minas Gerais	4243	3422	80,7	385	9,1	207	53,8					
Espírito Santo	1671	1329	79,5	143	8,6	83	58,0					
Rio de Janeiro	12973	11499	88,6	1371	10,6	798	58,2					
São Paulo	19564	16826	86,0	1880	9,6	1206	64,1					
Sul	9337	8093	86,7	1443	15,5	886	61,4					
Paraná	2408	1943	80,7	306	12,7	207	67,6					
Santa Catarina	2110	1857	88,0	295	14,0	198	67,1					
Rio Grande do Sul	4819	4293	89,1	842	17,5	481	57,1					
Centro-Oeste	4153	3523	84,8	582	14,0	371	63,7					
Mato Grosso do Sul	1368	1145	83,7	191	14,0	101	52,9					
Mato Grosso	1308	1143	87,4	156	11,9	113	72,4					
Goiás	1030	865	84,0	173	16,8	113	65,3					
Distrito Federal	447	370	82,8	62	13,9	44	71,0					

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: TB = tuberculose.
^a Banco extraído e qualificado em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na soma/tóia por estratificações.

Tabela 6 – Indicadores de coinfeção tuberculose-HIV por capitais. Brasil, 2024^{a,b}

Capitais	Casos novos de TB		Testagem para HIV entre os casos novos de TB		Coinfeção TB-HIV entre os casos novos de TB		Realização de Tarv entre os casos novos de TB com coinfeção TB-HIV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	30963		26534	85,7	4082	13,2	2531	62,0
Porto Velho	429		339	79,0	67	15,6	47	70,1
Rio Branco	296		277	93,6	19	6,4	13	68,4
Manaus	2903		2361	81,3	355	12,2	156	43,9
Boa Vista	335		327	97,6	66	19,7	62	93,9
Belém	1860		1545	83,1	478	25,7	245	51,3
Macapá	299		271	90,6	34	11,4	23	67,6
Palmas	42		37	88,1	11	26,2	5	45,5
São Luís	902		877	97,2	78	8,6	71	91,0
Teresina	314		228	72,6	55	17,5	43	78,2
Fortaleza	1463		1140	77,9	167	11,4	62	37,1
Natal	403		337	83,6	68	16,9	36	52,9
João Pessoa	490		372	75,9	71	14,5	49	69,0
Recife	1550		1267	81,7	210	13,5	86	41,0
Maceió	441		370	83,9	74	16,8	25	33,8
Aracaju	250		189	75,6	27	10,8	21	77,8
Salvador	1439		1070	74,4	173	12,0	84	48,6
Belo Horizonte	583		521	89,4	85	14,6	46	54,1
Vitória	154		130	84,4	19	12,3	11	57,9
Rio de Janeiro	6469		5886	91,0	622	9,6	462	74,3
São Paulo	7252		6300	86,9	843	11,6	652	77,3
Curitiba	323		287	88,9	67	20,7	52	77,6
Florianópolis	220		167	75,9	37	16,8	29	78,4
Porto Alegre	1048		947	90,4	232	22,1	134	57,8
Campo Grande	506		471	93,1	81	16,0	27	33,3
Cuiabá	345		296	85,8	47	13,6	28	59,6
Goiânia	200		152	76,0	34	17,0	18	52,9
Brasília	447		370	82,8	62	13,9	44	71,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: TB = tuberculose; Tarv = terapia antirretroviral.
^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 7 – Indicadores laboratoriais e de investigação de contatos dos casos de tuberculose por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2023 e 2024^{ab}

Brasil, regiões e UF	Casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial	Casos novos de TB pulmonar que realizaram TRM		Casos novos de TB pulmonar que realizaram cultura		Casos de retatamento de TB pulmonar	Cultura de escarro entre os casos de retatamento de TB pulmonar		Positividade da cultura entre os exames de cultura realizados em casos de retatamento de TB pulmonar		Realização de TS entre os casos de retatamento de TB pulmonar com cultura positiva		Contatos examinados dos casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial						
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Contatos identificados	Contatos %					
Brasil	73321	54162	73,9	38953	53,1	20292	27,7	20350	14848	73,0	6693	32,9	5057	75,6	2620	51,8	174249	119562	68,6
Norte	10316	7666	74,3	5321	51,6	1853	18,0	2652	1943	73,3	582	21,9	418	71,8	211	50,5	25136	15521	61,7
Rondônia	599	497	83,0	411	68,6	79	13,2	206	151	73,3	38	18,4	24	63,2	10	41,7	1538	634	41,2
Acre	452	384	85,0	242	53,5	210	46,5	102	80	78,4	53	52,0	46	86,8	32	69,6	1563	1577	100,9
Amazonas	3636	2845	78,2	2653	73,0	854	23,5	1138	876	77,0	308	27,1	231	75,0	119	51,5	9376	5422	57,8
Roraima	415	345	83,1	367	88,4	233	56,1	59	53	89,8	41	69,5	31	75,6	20	64,5	2483	2023	81,5
Pará	4644	3151	67,9	1276	27,5	378	8,1	1034	702	67,9	120	11,6	73	60,8	27	37,0	8422	4709	55,9
Amapá	388	303	78,1	267	68,8	39	10,1	83	62	74,7	13	15,7	7	53,8	1	14,3	1374	820	59,7
Tocantins	182	141	77,5	105	57,7	60	33,0	30	19	63,3	9	30,0	6	66,7	2	33,3	380	336	88,4
Nordeste	18061	12083	66,9	7339	40,6	2935	16,3	4840	3195	66,0	907	18,7	677	74,6	207	30,6	46709	34269	73,4
Maranhão	2491	1549	62,2	727	29,2	165	6,6	641	425	66,3	36	5,6	30	83,3	3	10,0	6372	5014	78,7
Piauí	709	471	66,4	390	55,0	137	19,3	103	75	72,8	17	16,5	13	76,5	3	23,1	1582	905	57,2
Ceará	3048	2135	70,0	1079	35,4	587	19,3	898	579	64,5	186	20,7	142	76,3	56	39,4	7117	5677	79,8
Rio Grande do Norte	984	754	76,6	723	73,5	191	19,4	254	197	77,6	53	20,9	39	73,6	17	43,6	3207	2503	78,0
Paraíba	1137	733	64,5	427	37,6	135	11,9	338	225	66,6	25	7,4	20	80,0	2	10,0	4860	3995	82,2
Pernambuco	4327	2666	61,6	1361	31,5	684	15,8	1465	863	58,9	291	19,9	187	64,3	36	19,3	12352	8624	69,8
Alagoas	837	550	65,7	465	55,6	196	23,4	193	138	71,5	58	30,1	52	89,7	25	48,1	1668	1246	74,7
Sergipe	696	625	89,8	512	73,6	158	22,7	174	155	89,1	64	36,8	53	82,8	16	30,2	3109	2719	87,5
Bahia	3832	2600	67,8	1655	43,2	682	17,8	774	538	69,5	177	22,9	141	79,7	49	34,8	6442	3586	55,7
Sudeste	33313	26172	78,6	20123	60,4	11945	35,9	9192	7211	78,4	4050	44,1	3114	76,9	1687	54,2	74748	47888	64,1
Minas Gerais	3625	2962	81,7	2356	65,0	1469	40,5	804	650	80,8	333	41,4	247	74,2	142	57,5	8658	6938	80,1
Espírito Santo	1425	1145	80,4	869	61,0	618	43,4	377	309	82,0	194	51,5	157	80,9	101	64,3	3653	1902	52,1
Rio de Janeiro	11589	8999	77,7	7620	65,8	3530	30,5	3590	2804	78,1	1323	36,9	1015	76,7	628	61,9	25985	14481	55,7
São Paulo	16674	13066	78,4	9278	55,6	6328	38,0	4421	3448	78,0	2200	49,8	1695	77,0	816	48,1	36452	24567	67,4
Sul	7980	5829	73,0	4259	53,4	2438	30,6	2782	1918	68,9	867	31,2	648	74,7	400	61,7	16132	11969	74,2
Paraná	2069	1603	77,5	1480	71,5	727	35,1	414	343	82,9	172	41,5	134	77,9	105	78,4	4492	3654	81,3
Santa Catarina	1794	1309	73,0	988	55,1	766	42,7	449	327	72,8	195	43,4	125	64,1	76	60,8	3678	3143	85,5
Rio Grande do Sul	4117	2917	70,9	1791	43,5	945	23,0	1919	1248	65,0	500	26,1	389	77,8	219	56,3	7962	5172	65,0
Centro-Oeste	3651	2412	66,1	1911	52,3	1121	30,7	884	581	65,7	287	32,5	200	69,7	115	57,5	11524	9915	86,0
Mato Grosso do Sul	1237	893	72,2	737	59,6	516	41,7	334	233	69,8	126	37,7	92	73,0	44	47,8	6040	5413	89,6
Mato Grosso	1178	619	52,5	345	29,3	164	13,9	272	149	54,8	42	15,4	25	59,5	9	36,0	1987	1601	80,6
Goiás	870	635	73,0	609	70,0	341	39,2	197	149	75,6	94	47,7	62	66,0	55	88,7	2420	2133	88,1
Distrito Federal	366	265	72,4	220	60,1	100	27,3	81	50	61,7	25	30,9	21	84,0	7	33,3	1077	768	71,3

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: UF = Unidades da Federação; TB = tuberculose; TRM = teste rápido molecular; TS = teste de sensibilidade.
^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 8 – Indicadores laboratoriais e de investigação de contatos dos casos de tuberculose por capitais. Brasil, 2023 e 2024^{a,b}

Capitais	Casos novos de TB pulmonar		Casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial		Casos novos de TB pulmonar que realizaram TRM-TB		Casos novos de TB pulmonar que realizaram cultura		Casos de reatamento de TB pulmonar		Casos de reatamento de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial		Cultura de escarro entre os casos de reatamento de TB pulmonar		Positividade da cultura entre os exames de cultura realizados em casos de reatamento de TB pulmonar		Realização de TS entre os casos de reatamento de TB pulmonar com cultura positiva		Contatos examinados dos casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Contatos identificados	Contatos examinados %
Total	26567	20748	78,1	18555	69,8	9067	34,1	9001	6622	73,6	3409	37,9	2621	76,9	1587	60,5	64857	36064	55,6	
Porto Velho	362	326	90,1	308	85,1	45	12,4	163	121	74,2	34	20,9	21	61,8	10	47,6	1027	221	21,5	
Rio Branco	252	219	86,9	188	74,6	160	63,5	81	63	77,8	46	56,8	40	87,0	27	67,5	862	865	100,3	
Manaus	2598	2091	80,5	2214	85,2	747	28,8	904	718	79,4	282	31,2	214	75,9	116	54,2	6455	2997	46,4	
Boa Vista	300	260	86,7	281	93,7	189	63,0	48	44	91,7	37	77,1	27	73,0	17	63,0	1989	1811	91,1	
Belém	1440	990	68,8	624	43,3	142	9,9	397	283	71,3	65	16,4	42	64,6	22	52,4	2819	780	27,7	
Macapá	271	216	79,7	202	74,5	13	4,8	53	41	77,4	7	13,2	3	42,9	1	33,3	700	333	47,6	
Palmas	32	25	78,1	23	71,9	13	40,6	12	8	66,7	5	41,7	3	60,0	1	33,3	44	39	88,6	
São Luís	797	636	79,8	508	63,7	29	3,6	353	259	73,4	16	4,5	15	93,8	2	13,3	3452	2585	74,9	
Teresina	262	204	77,9	210	80,2	46	17,6	44	32	72,7	6	13,6	5	83,3	1	20,0	562	233	41,5	
Fortaleza	1271	909	71,5	451	35,5	187	14,7	521	322	61,8	91	17,5	66	72,5	30	45,5	1754	750	42,8	
Natal	358	265	74,0	266	74,3	87	24,3	108	76	70,4	22	20,4	16	72,7	5	31,2	595	298	50,1	
João Pessoa	421	340	80,8	284	67,5	19	4,5	145	115	79,3	6	4,1	5	83,3	0	0,0	3565	3002	84,2	
Recife	1329	853	64,2	526	39,6	169	12,7	545	326	59,8	127	23,3	64	50,4	11	17,2	3963	1834	46,3	
Maceió	370	248	67,0	265	71,6	92	24,9	100	71	71,0	40	40,0	37	92,5	21	56,8	696	394	56,6	
Aracaju	214	184	86,0	167	78,0	34	15,9	64	59	92,2	15	23,4	14	93,3	3	21,4	442	326	73,8	
Salvador	1234	993	80,5	985	79,8	220	17,8	358	269	75,1	87	24,3	70	80,5	32	45,7	1873	629	33,6	
Belo Horizonte	462	406	87,9	337	72,9	214	46,3	115	92	80,0	53	46,1	37	69,8	24	64,9	674	402	59,6	
Vitória	119	107	89,9	99	83,2	85	71,4	36	34	94,4	26	72,2	19	73,1	13	68,4	365	182	49,9	
Rio de Janeiro	5777	4715	81,6	4300	74,4	2588	44,8	1897	1541	81,2	929	49,0	729	78,5	476	65,3	13330	6670	50,0	
São Paulo	6088	4775	78,4	4506	74,0	3088	50,7	1741	1312	75,4	1130	64,9	898	79,5	590	65,7	11781	5668	48,1	
Curitiba	253	220	87,0	219	86,6	101	39,9	67	56	83,6	19	28,4	16	84,2	13	81,2	457	378	82,7	
Florianópolis	184	140	76,1	133	72,3	111	60,3	104	61	58,7	48	46,2	26	54,2	19	73,1	240	96	40,0	
Porto Alegre	875	659	75,3	561	64,1	204	23,3	743	434	58,4	156	21,0	137	87,8	85	62,0	1157	606	52,4	
Campo Grande	453	365	80,6	390	86,1	261	57,6	167	126	75,4	81	48,5	59	72,8	30	50,8	4009	3624	90,4	
Cuiabá	307	205	66,8	145	47,2	46	15,0	97	60	61,9	19	19,6	11	57,9	6	54,5	583	348	59,7	
Goiânia	172	132	76,7	143	83,1	77	44,8	57	49	86,0	37	64,9	26	70,3	25	96,2	386	225	58,3	
Brasília	366	265	72,4	220	60,1	100	27,3	81	50	61,7	25	30,9	21	84,0	7	33,3	1077	768	71,3	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: TB - tuberculose; TRM - teste rápido molecular; TS - teste de sensibilidade.
^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2025. Dados preliminares; sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 9 – Indicadores operacionais de encerramento do tratamento dos casos novos de tuberculose por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2023^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Casos novos de TB		TB pulmonar		TB pulmonar confirmada por critério laboratorial		TB pulmonar que realizou TDO		Cura			Interrupção do tratamento			Não avaliados		
									TB	TB pulmonar	TB pulmonar confirmada por critério laboratorial	TB	TB pulmonar	TB pulmonar confirmada por critério laboratorial	TB	TB pulmonar	TB pulmonar confirmada por critério laboratorial
	n	n	n	n	n	n	%	%				%	%	%	%	%	%
Brasil	84994	74667	57099	34,1	64,1	63,9	66,0	14,2	14,7	15,3	13,2	12,9	11,7	11,2	11,2	11,7	11,7
Norte	11064	10037	7645	25,8	66,1	66,4	67,6	15,0	16,5	15,9	12,0	11,7	11,2	11,2	11,7	11,7	11,2
Roraima	704	604	521	10,6	64,1	64,3	64,0	25,7	29,8	28,8	4,5	3,2	2,5	2,5	3,2	2,5	2,5
Acre	527	473	397	44,6	83,6	84,0	82,4	9,3	10,4	10,1	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Amazonas	3801	3481	2844	13,7	63,3	63,5	64,2	17,5	19,1	18,4	11,8	11,6	11,2	11,2	11,6	11,2	11,2
Roraima	516	483	435	81,0	71,1	71,8	74,0	9,4	10,0	9,8	12,6	11,9	11,4	11,4	12,6	11,9	11,4
Pará	4899	4457	3016	27,2	65,5	66,2	67,8	12,7	14,0	13,1	14,8	14,3	14,6	14,6	14,8	14,3	14,6
Amapá	393	341	280	34,0	72,4	72,1	74,6	17,9	20,5	17,9	4,9	4,4	4,3	4,3	4,9	4,4	4,3
Tocantins	224	198	152	60,1	66,1	65,7	69,1	10,3	11,6	10,5	15,2	16,2	11,2	11,2	15,2	16,2	11,2
Nordeste	21501	18891	13453	29,3	58,0	57,8	61,3	10,7	12,2	11,4	22,6	22,4	20,7	20,7	22,6	22,4	20,7
Maranhão	2714	2501	1704	14,6	65,1	64,8	69,6	12,5	13,5	13,3	12,5	12,4	10,4	10,4	12,5	12,4	10,4
Piauí	832	719	534	31,2	61,5	62,4	66,7	5,0	5,8	5,9	21,7	20,8	17,3	17,3	21,7	20,8	17,3
Ceará	3592	3159	2270	49,2	60,8	60,6	64,0	14,0	15,9	13,5	17,2	16,9	16,5	16,5	17,2	16,9	16,5
Rio Grande do Norte	1163	1020	818	52,5	63,6	64,8	68,7	9,1	10,3	9,4	19,4	18,2	16,6	16,6	19,4	18,2	16,6
Paraíba	1379	1150	813	20,0	56,9	56,7	60,8	10,0	12,0	11,9	24,8	23,7	19,7	19,7	24,8	23,7	19,7
Pernambuco	5424	4690	3118	29,4	51,5	50,7	53,2	10,1	11,7	10,7	30,2	30,3	30,0	30,0	30,2	30,3	30,0
Alagoas	1055	910	652	26,7	60,2	59,2	64,3	11,4	13,2	12,8	21,5	21,7	19,3	19,3	21,5	21,7	19,3
Sergipe	922	826	726	38,1	68,0	67,2	69,8	10,3	11,4	11,2	12,8	12,6	11,9	11,9	12,8	12,6	11,9
Bahia	4420	3916	2818	17,5	55,1	54,8	57,0	9,5	10,7	10,6	26,3	26,7	24,7	24,7	26,3	26,7	24,7
Sudeste	38527	33671	27059	37,4	68,9	68,3	69,8	15,6	17,8	16,8	7,0	8,0	6,2	6,2	7,0	8,0	6,2
Minas Gerais	4131	3606	3001	46,8	60,9	61,0	62,4	13,4	15,4	14,6	15,0	14,6	13,1	13,1	15,0	14,6	13,1
Espírito Santo	1654	1426	1194	22,4	54,8	54,0	56,2	13,6	15,8	14,3	24,0	24,0	22,1	22,1	24,0	24,0	22,1
Rio de Janeiro	12910	11612	8933	41,2	70,2	69,5	71,9	15,3	17,0	16,6	6,9	6,7	5,7	5,7	6,9	6,7	5,7
São Paulo	19832	17027	13931	34,1	70,8	70,3	71,1	16,4	19,1	17,7	4,0	3,8	3,7	3,7	4,0	3,8	3,7
Sul	9476	8189	6233	40,0	58,7	58,6	59,9	14,8	17,1	16,0	17,2	17,0	15,7	15,7	17,2	17,0	15,7
Paraná	2401	2080	1701	60,0	58,7	59,1	61,1	7,5	8,6	8,3	22,9	22,6	19,6	19,6	22,9	22,6	19,6
Santa Catarina	2114	1839	1406	41,9	65,3	65,4	64,9	17,0	19,6	18,4	9,8	9,8	10,0	10,0	9,8	9,8	10,0
Rio Grande do Sul	4961	4270	3126	29,5	55,8	55,4	57,1	17,4	20,2	19,1	17,5	17,4	16,2	16,2	17,5	17,4	16,2
Centro-Oeste	4426	3879	2709	37,5	59,0	59,7	62,0	14,8	16,9	16,5	15,6	14,6	12,7	12,7	15,6	14,6	12,7
Mato Grosso do Sul	1610	1446	1082	37,8	53,8	55,1	59,2	16,0	17,8	17,2	19,4	18,5	14,9	14,9	19,4	18,5	14,9
Mato Grosso	1241	1114	600	33,8	60,7	60,3	61,6	13,5	15,0	16,9	16,3	16,0	15,0	15,0	16,3	16,0	15,0
Goiás	1165	992	777	38,1	64,6	66,7	67,6	14,5	17,1	15,2	9,2	7,0	7,1	7,1	9,2	7,0	7,1
Distrito Federal	410	327	250	46,5	57,9	56,4	57,6	15,2	19,0	16,3	16,5	15,6	15,1	15,1	16,5	15,6	15,1

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: UF - Unidades da Federação; TB - tuberculose; TDO - tratamento diretamente observado.
^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 10 – Indicadores operacionais de encerramento do tratamento de casos de retatamento da tuberculose por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2023^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Retratamentos de TB		TB pulmonar		TB pulmonar confirmada por critério laboratorial		TB pulmonar que realizou TDO		Cura		Interrupção do tratamento				Não avaliados			
	n	n	n	n	n	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Brasil	21787	20634	15660	29,2	43,5	43,3	44,9	32,1	32,7	32,9	16,8	16,5	15,7					
Norte	2537	2419	1869	19,1	47,6	47,7	47,5	31,1	31,3	33,1	15,5	15,3	14,3					
Roraima	181	173	139	5,8	47,5	47,9	46,4	44,1	44,4	47,1	4,0	4,1	2,9					
Acre	107	100	75	44,0	79,8	78,4	75,0	14,4	15,5	18,1	2,9	3,1	4,2					
Amazonas	1069	1017	817	7,7	40,5	40,5	38,9	36,1	36,2	39,5	15,8	15,9	14,7					
Roraima	58	57	52	64,9	57,1	58,2	58,8	19,6	20,0	19,6	19,6	18,2	19,6					
Pará	1006	965	700	24,9	50,2	50,5	52,7	25,5	25,6	24,9	19,3	19,0	18,3					
Amapá	79	75	64	40,0	53,2	52,0	51,6	39,2	41,3	42,2	2,5	1,3	1,6					
Tocantins	37	32	22	68,8	48,6	53,1	50,0	29,7	34,4	40,9	16,2	9,4	9,1					
Nordeste	5298	4982	3483	27,3	37,9	37,4	38,4	25,8	26,2	26,4	27,5	27,5	28,2					
Maranhão	617	596	372	9,4	44,0	43,2	47,1	32,5	33,0	36,0	11,0	11,2	10,6					
Piauí	122	119	85	30,3	45,8	45,3	48,2	22,5	22,2	25,3	22,5	23,1	19,3					
Ceará	980	920	607	49,6	37,8	36,9	36,4	33,2	33,6	32,9	20,5	20,8	21,1					
Rio Grande do Norte	251	238	184	51,7	41,2	42,2	44,4	22,4	22,6	23,0	31,3	29,6	29,5					
Paraíba	344	322	225	12,7	36,6	35,3	39,8	27,4	28,1	29,4	28,3	28,7	25,8					
Pernambuco	1688	1570	1114	27,1	35,8	35,2	35,5	22,0	22,2	21,0	34,0	34,2	36,5					
Alagoas	217	198	144	15,7	31,8	32,3	34,1	24,2	25,0	28,3	33,6	32,8	29,7					
Sergipe	189	186	160	34,4	39,7	39,8	39,4	33,9	33,9	35,0	22,8	22,6	22,5					
Bahia	890	833	592	15,4	37,7	37,3	37,5	19,7	20,2	21,3	32,8	32,9	33,2					
Sudeste	9772	9308	7432	31,4	48,3	48,0	49,8	35,0	35,5	35,3	9,7	9,4	30,3					
Minas Gerais	865	798	662	39,5	39,3	38,1	39,5	32,9	33,9	34,8	19,6	19,4	17,6					
Espírito Santo	414	394	322	14,0	32,7	32,3	33,7	36,9	37,7	37,8	26,3	26,1	24,1					
Rio de Janeiro	3535	3437	2696	41,1	49,6	49,5	51,2	35,8	36,2	36,4	9,3	9,1	8,2					
São Paulo	4958	4679	3752	24,4	50,2	49,9	51,9	34,5	35,1	34,3	7,0	6,7	6,4					
Sul	3143	2961	2180	33,0	35,8	35,8	37,7	36,7	37,3	36,6	19,8	19,6	19,1					
Paraná	406	375	322	56,5	39,3	38,7	40,0	22,3	22,8	22,0	32,2	32,8	32,7					
Santa Catarina	566	534	391	35,8	35,6	35,9	36,4	38,2	38,3	37,7	19,0	18,8	19,3					
Rio Grande do Sul	2171	2052	1467	27,9	35,2	35,2	37,5	38,9	39,6	39,4	17,8	17,4	16,2					
Centro-Oeste	1037	964	696	31,1	39,7	39,6	41,1	26,8	27,9	29,2	23,7	22,3	21,1					
Mato Grosso do Sul	429	405	303	29,9	33,7	34,2	37,1	30,0	30,5	29,7	26,0	24,3	22,6					
Mato Grosso	248	234	140	25,6	45,5	44,3	43,8	19,7	20,4	23,4	24,6	24,3	24,8					
Goiás	272	245	189	34,3	44,4	44,8	46,6	26,8	28,7	30,5	20,6	17,8	16,1					
Distrito Federal	88	80	64	43,8	37,6	36,4	37,7	31,8	35,1	36,1	18,8	19,5	19,7					

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: UF = Unidades da Federação; TB = tuberculose; TDO = tratamento diretamente observado.
^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 11 – Indicadores operacionais de encerramento do tratamento dos casos novos de tuberculose por capitais. Brasil, 2023^{a,b}

Capitais	Retratamentos de TB		TB pulmonar		TB pulmonar confirmada por critério laboratorial		Cura				Interrupção do tratamento				Não avaliados			
							TB pulmonar		TB pulmonar confirmada por critério laboratorial		TB		TB pulmonar confirmada por critério laboratorial		TB		TB pulmonar confirmada por critério laboratorial	
	n		n		n		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Total	31342	27322	22002	33,2	63,0	62,5	58,5	64,3	17,8	18,5	19,0	11,0	10,7	9,9				
Porto Velho	452	386	352	1,8	58,5	57,7	56,8	35,0	37,0	38,3	2,7	1,8	1,7					
Rio Branco	337	299	250	20,7	82,0	82,4	80,5	12,0	11,5	12,6	0,9	1,0	1,2					
Manaus	2699	2483	2090	5,5	61,4	61,5	62,1	20,4	20,7	21,4	11,6	11,4	10,9					
Boa Vista	395	371	335	89,8	73,7	74,5	76,5	7,9	8,4	8,7	12,3	11,1	10,5					
Belém	1580	1391	990	17,8	59,6	60,0	62,9	16,4	16,3	16,1	17,0	16,8	16,5					
Macapá	256	219	174	25,1	69,3	68,5	70,1	18,9	19,2	20,1	5,5	5,9	5,7					
Palmas	36	29	19	82,8	66,7	69,0	73,7	13,9	10,3	5,3	16,7	17,2	21,1					
São Luís	980	902	741	1,2	68,1	67,4	70,2	17,3	18,2	18,6	6,0	5,7	5,6					
Teresina	298	246	209	23,2	57,0	58,5	61,8	8,2	8,3	8,3	21,6	19,5	18,6					
Fortaleza	1513	1321	930	35,8	51,0	50,0	52,2	23,3	23,9	23,6	16,9	16,7	17,4					
Natal	403	331	260	23,9	56,5	57,5	61,3	11,6	12,8	13,3	23,9	22,0	19,5					
João Pessoa	478	398	323	2,0	60,6	57,8	60,1	15,4	17,2	18,4	16,4	16,9	15,6					
Recife	1715	1491	1072	17,8	52,9	50,9	52,7	15,8	17,1	17,9	22,4	23,1	22,7					
Maceió	477	404	305	8,7	60,1	59,1	64,0	16,5	17,0	17,7	17,2	16,8	15,0					
Aracaju	290	240	200	11,7	61,8	57,3	59,8	15,3	17,6	18,6	14,2	15,1	13,1					
Salvador	1509	1303	1089	6,1	50,7	49,8	52,5	10,7	10,8	11,5	30,3	31,0	28,5					
Belo Horizonte	564	472	410	24,6	62,7	62,7	62,7	17,9	18,3	18,4	8,9	8,8	8,7					
Vitória	159	138	131	5,8	52,6	49,6	48,4	23,1	25,9	27,3	15,4	15,6	14,8					
Rio de Janeiro	6601	5946	4873	66,2	73,1	72,4	73,8	14,3	15,0	15,4	5,7	5,6	4,8					
São Paulo	7288	6136	5031	40,5	67,1	66,4	67,8	19,7	20,7	21,3	3,4	3,0	2,9					
Curitiba	343	278	243	39,9	61,1	59,2	56,7	12,5	12,7	13,3	16,1	16,9	18,5					
Florianópolis	244	215	180	7,9	43,0	41,8	44,0	39,7	40,9	37,7	10,5	10,6	11,4					
Porto Alegre	1043	878	650	9,9	44,6	45,2	46,5	28,8	30,0	30,8	17,7	16,7	14,9					
Campo Grande	659	582	509	18,2	49,0	51,1	52,2	20,9	21,0	21,1	18,7	17,7	17,3					
Cuiabá	331	296	183	29,4	49,8	49,0	53,0	17,1	18,0	23,2	26,3	25,9	18,2					
Goiânia	283	241	204	22,8	63,9	63,8	64,0	17,5	18,3	19,8	5,2	3,5	3,6					
Brasília	409	326	249	46,6	58,0	56,6	57,8	15,2	17,2	16,4	16,3	15,3	14,8					

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: TB = tuberculose; TDO = tratamento diretamente observado.
^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 12 – Indicadores operacionais de encerramento do tratamento dos casos de retratamento de tuberculose por capitais, Brasil, 2023^{a,b}

Capitais	Retratamentos de TB		TB pulmonar confirmada por critério laboratorial		TB pulmonar que realizou TDO		Cura		Interrupção do tratamento			Não avaliados		
	n	n	n	%	n	%	TB pulmonar	%	TB pulmonar	%	TB pulmonar confirmada por critério laboratorial	%	TB pulmonar	%
Total	9460	8966	6893	27,4	38,2	38,0	39,8	39,2	39,7	39,8	15,2	14,9	14,1	
Porto Velho	131	126	100	2,4	44,5	44,7	42,4	52,3	52,0	54,5	0,8	0,8	0,0	
Rio Branco	78	74	52	29,7	78,7	77,5	73,5	17,3	18,3	22,4	2,7	2,8	4,1	
Manaus	828	787	656	3,9	37,0	37,2	35,6	41,5	41,6	44,2	14,2	14,2	13,9	
Boa Vista	47	46	42	67,4	57,8	59,1	58,5	20,0	20,5	22,0	17,8	15,9	17,1	
Belém	338	321	249	18,7	39,3	39,0	42,5	32,4	31,8	30,0	22,1	23,0	22,3	
Macapá	52	50	41	46,0	51,9	52,0	53,7	38,5	40,0	39,0	3,8	2,0	2,4	
Palmas	7	7	6	85,7	42,9	42,9	33,3	57,1	57,1	66,7	0,0	0,0	0,0	
São Luís	335	321	223	0,0	40,6	39,5	46,2	42,1	43,1	42,3	5,0	5,2	5,8	
Teresina	52	50	40	26,0	45,1	44,9	43,6	27,5	26,5	33,3	19,6	20,4	15,4	
Fortaleza	553	519	326	46,4	26,9	26,2	23,2	45,3	45,4	45,1	20,4	20,7	22,5	
Natal	83	79	57	26,6	28,4	29,9	32,7	29,6	29,9	27,3	32,1	29,9	32,7	
João Pessoa	130	123	98	4,1	39,2	38,2	38,8	32,3	32,5	33,7	23,8	25,2	23,5	
Recife	635	590	424	13,9	29,4	28,8	29,4	35,2	36,4	33,5	25,9	25,2	29,2	
Maceió	103	92	70	3,3	32,0	33,7	35,8	32,0	33,7	38,8	25,0	22,5	17,9	
Aracaju	76	76	64	13,2	31,6	31,6	28,1	48,7	48,7	53,1	17,1	17,1	15,6	
Salvador	436	407	304	8,8	31,2	30,9	33,1	22,3	22,9	23,6	39,7	39,5	37,7	
Belo Horizonte	144	129	111	19,4	32,1	30,1	29,5	51,1	53,7	54,3	10,2	9,8	9,5	
Vitória	47	45	43	8,9	22,0	23,1	21,6	46,3	48,7	51,4	29,3	25,6	24,3	
Rio de Janeiro	1884	1833	1516	62,9	50,9	50,5	51,7	36,6	37,1	37,7	7,6	7,5	6,8	
São Paulo	1996	1878	1462	24,0	40,0	39,4	41,5	41,6	42,2	42,5	8,3	8,0	7,3	
Curitiba	75	67	59	31,3	42,9	41,9	46,3	30,0	30,6	29,6	25,7	25,8	22,2	
Florianópolis	132	129	94	7,8	17,5	17,9	18,0	57,9	58,5	58,4	19,8	18,7	18,0	
Porto Alegre	813	760	507	13,7	25,0	25,3	29,9	50,4	51,1	48,6	18,2	17,9	16,1	
Campo Grande	230	218	168	16,1	27,5	28,1	31,9	33,3	33,8	30,6	27,9	26,2	24,4	
Cuiabá	88	84	55	20,2	39,1	37,3	42,6	18,4	19,3	22,2	39,1	39,8	33,3	
Goiania	80	75	62	16,0	34,7	32,8	35,2	33,3	34,3	38,9	19,4	19,4	16,7	
Brasília	87	80	64	43,8	38,1	36,4	37,7	32,1	35,1	36,1	17,9	19,5	19,7	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: TB = tuberculose; TDO = tratamento diretamente observado.
^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 13 – Indicadores operacionais de tuberculose em menores de 5 anos por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2024^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Total de casos novos de TB		Casos novos de TB em menores de 5 anos		Casos novos de TB pulmonar		Casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial		Casos novos de TB extrapulmonar		Casos novos de TB extrapulmonar miliar		Casos novos de TB extrapulmonar meningocefálica		Casos novos de TB extrapulmonar ganglionar periférica	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	84308	1158	1,4	82,4	954	35,0	334	17,6	204	11,8	24	11,8	62	30,4	36,0	
Norte	11712	202	1,7	15,3	177	39,0	69	12,4	25	0,0	3	12,0	6	9	36,0	
Roraima	693	6	0,9	100,0	6	33,3	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	
Acre	513	3	0,6	100,0	3	66,7	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	
Amazonas	4056	109	2,7	89,0	97	36,1	35	11,0	12	0,0	0	0,0	5	41,7	50,0	
Roraima	461	15	3,3	80,0	12	83,3	10	20,0	3	1	33,3	1	0	0,0	0,0	
Pará	5356	63	1,2	88,9	56	33,9	19	11,1	7	2	28,6	0	0	1	14,3	
Amapá	425	4	0,9	50,0	2	50,0	1	50,0	2	0,0	0	0,0	0	2	100,0	
Tocantins	208	2	1,0	50,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0	0,0	
Nordeste	20655	312	1,5	21,7	251	39,8	100	19,6	61	3,3	2	4,9	3	28	45,9	
Maranhão	2741	39	1,4	87,2	34	50,0	17	12,8	5	0,0	0	0,0	0	3	60,0	
Piauí	821	11	1,3	90,9	10	40,0	4	9,1	1	100,0	0	0,0	0	0	0,0	
Ceará	3480	39	1,1	84,6	33	39,4	13	15,4	6	0	0	0,0	0	4	66,7	
Rio Grande do Norte	1119	20	1,8	85,0	17	47,1	8	15,0	3	0	0	0,0	0	1	33,3	
Paraíba	1343	22	1,6	77,3	17	29,4	5	22,7	5	0	0	0,0	0	2	40,0	
Pernambuco	5019	95	1,9	78,9	75	28,0	21	21,1	20	1	5,0	2	10,0	7	35,0	
Alagoas	983	24	2,4	75,0	18	55,6	10	25,0	6	0	0	0,0	0	2	33,3	
Sergipe	787	9	1,1	77,8	7	57,1	4	22,2	2	0	0	0,0	1	50,0	1	50,0
Bahia	4362	53	1,2	75,5	40	45,0	18	24,5	13	0	0	0,0	0	8	61,5	
Sudeste	38451	476	1,2	32,9	381	32,0	122	20,0	95	4,2	4	9,5	9	17	17,9	
Minas Gerais	4243	44	1,0	84,1	37	45,9	17	15,9	7	0	0	0,0	1	2	28,6	
Espírito Santo	1671	18	1,1	88,9	16	50,0	8	11,1	2	0	0	0,0	0	0	0,0	
Rio de Janeiro	12973	181	1,4	78,5	142	36,6	52	21,5	39	2	5,1	6	15,4	12	30,8	
São Paulo	19564	233	1,2	79,8	186	24,2	45	20,2	47	2	4,3	2	4,3	3	6,4	
Sul	9337	118	1,3	8,2	95	29,5	28	19,5	23	8,7	2	26,1	6	8	34,8	
Paraná	2408	38	1,6	73,7	28	39,3	11	26,3	10	0	0	0,0	3	3	30,0	
Santa Catarina	2110	37	1,8	75,7	28	25,0	7	24,3	9	1	11,1	3	33,3	3	33,3	
Rio Grande do Sul	4819	43	0,9	90,7	39	25,6	10	9,3	4	1	25,0	0	0	2	50,0	
Centro-Oeste	4153	50	1,2	4,3	50	30,0	15	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0,0	
Mato Grosso do Sul	1368	14	1,0	100,0	14	14,3	2	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0,0	
Mato Grosso	1308	20	1,5	100,0	20	45,0	9	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0,0	
Goiás	1030	13	1,3	100,0	13	30,8	4	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0,0	
Distrito Federal	447	3	0,7	100,0	3	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0,0	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: UF = Unidades da Federação; TB = tuberculose.
^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 14 – Indicadores operacionais de tuberculose em pessoas com idade até 15 anos por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2024^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Total de casos novos de TB		Casos novos de TB em menores de 15 anos		Casos novos de TB pulmonar		Casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial		Casos novos de TB extrapulmonar		Casos novos de TB extrapulmonar miliar		Casos novos de TB extrapulmonar miliar e meningoencefálica		Casos novos de TB extrapulmonar ganglionar periférica	
	n		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	84308		2959	3,5	2330	78,7	930	39,9	629	21,3	25	4,0	51	8,1	200	31,8
Norte	11712		510	4,4	430	84,3	195	45,3	80	15,7	5	6,2	14	17,5	30	37,5
Rondônia	693		17	2,5	13	76,5	6	46,2	4	23,5	0	0,0	0	0,0	2	50,0
Acre	513		9	1,8	9	100,0	5	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amazonas	4056		275	6,8	237	86,2	108	45,6	38	13,8	1	2,6	13	34,2	13	34,2
Roraima	461		24	5,2	19	79,2	14	73,7	5	20,8	1	20,0	1	20,0	1	20,0
Pará	5356		164	3,1	136	82,9	54	39,7	28	17,1	3	10,7	0	0,0	12	42,9
Amapá	425		13	3,1	10	76,9	6	60,0	3	23,1	0	0,0	0	0,0	2	66,7
Tocantins	208		8	3,8	6	75,0	2	33,3	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordeste	20655		735	3,6	547	74,4	213	38,9	188	25,6	4	2,1	7	3,7	96	51,1
Maranhão	2741		90	3,3	69	76,7	34	49,3	21	23,3	0	0,0	1	4,8	12	57,1
Piauí	821		21	2,6	18	85,7	6	33,3	3	14,3	1	33,3	0	0,0	2	66,7
Ceará	3480		103	3,0	75	72,8	32	42,7	28	27,2	0	0,0	0	0,0	15	53,6
Rio Grande do Norte	1119		48	4,3	40	83,3	19	47,5	8	16,7	0	0,0	1	12,5	4	50,0
Paraíba	1343		60	4,5	41	68,3	15	36,6	19	31,7	0	0,0	1	5,3	9	47,4
Pernambuco	5019		219	4,4	163	74,4	39	23,9	56	25,6	1	1,8	3	5,4	29	51,8
Alagoas	983		39	4,0	24	61,5	15	62,5	15	38,5	0	0,0	0	0,0	6	40,0
Sergipe	787		20	2,5	16	80,0	10	62,5	4	20,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0
Bahia	4362		135	3,1	101	74,8	43	42,6	34	25,2	2	5,9	0	0,0	16	47,1
Sudeste	38451		1317	3,4	1026	77,9	399	38,9	291	22,1	10	3,4	21	7,2	60	20,6
Minas Gerais	4243		108	2,5	84	77,8	38	45,2	24	22,2	1	4,2	2	8,3	8	33,3
Espírito Santo	1671		55	3,3	50	90,9	23	46,0	5	9,1	0	0,0	0	0,0	1	20,0
Rio de Janeiro	12973		485	3,7	382	78,8	156	40,8	103	21,2	3	2,9	10	9,7	29	28,2
São Paulo	19564		669	3,4	510	76,2	182	35,7	159	23,8	6	3,8	9	5,7	22	13,8
Sul	9337		285	3,1	229	80,4	93	40,6	56	19,6	4	7,1	8	14,3	11	19,6
Paraná	2408		84	3,5	65	77,4	28	43,1	19	22,6	1	5,3	3	15,8	3	15,8
Santa Catarina	2110		75	3,6	59	78,7	20	33,9	16	21,3	1	6,2	3	18,8	4	25,0
Rio Grande do Sul	4819		126	2,6	105	83,3	45	42,9	21	16,7	2	9,5	2	9,5	4	19,0
Centro-Oeste	4153		112	2,7	98	87,5	30	30,6	14	12,5	2	14,3	1	7,1	3	21,4
Mato Grosso do Sul	1368		34	2,5	31	91,2	8	25,8	3	8,8	1	33,3	0	0,0	1	33,3
Mato Grosso	1308		43	3,3	38	88,4	14	36,8	5	11,6	1	20,0	1	20,0	1	20,0
Goiás	1030		21	2,0	20	95,2	7	35,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Distrito Federal	447		14	3,1	9	64,3	1	11,1	5	35,7	0	0,0	0	0,0	1	20,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: UF = Unidades da Federação; TB = tuberculose.
^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 15 – Indicadores operacionais da tuberculose drogarr resistente por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2024^{a,b}

Brasil, regiões e UF		Total de casos novos de TB DR		Padrão de resistência									
				Monorresistência				Polirresistência		Multidrogarresistência e resistência à rifampicina			
		n		n	%	n	%	n	%	n	%		
Brasil	1047	275	26,3	42	4,0	729	69,6						
Norte	171	47	27,5	8	4,7	116	67,8						
Rondônia	5	1	20,0	0	0,0	4	80,0						
Acre	7	1	14,3	0	0,0	6	85,7						
Amazonas	82	29	35,4	0	0,0	53	64,6						
Roraima	6	2	33,3	2	33,3	2	33,3						
Pará	67	14	20,9	6	9,0	47	70,1						
Amapá	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0						
Tocantins	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0						
Nordeste	224	28	12,5	4	1,8	192	85,7						
Maranhão	31	0	0,0	0	0,0	31	100,0						
Piauí	7	2	28,6	0	0,0	5	71,4						
Ceará	47	8	17,0	1	2,1	38	80,9						
Rio Grande do Norte	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0						
Paraíba	20	0	0,0	0	0,0	20	100,0						
Pernambuco	49	6	12,2	2	4,1	41	83,7						
Alagoas	12	1	8,3	0	0,0	11	91,7						
Sergipe	4	0	0,0	0	0,0	4	100,0						
Bahia	51	11	21,6	1	2,0	39	76,5						
Sudeste	456	135	29,6	19	4,2	301	66,0						
Minas Gerais	33	6	18,2	3	9,1	24	72,7						
Espírito Santo	11	3	27,3	2	18,2	6	54,5						
Rio de Janeiro	210	41	19,5	7	3,3	161	76,7						
São Paulo	202	85	42,1	7	3,5	110	54,5						
Sul	135	49	36,3	1	0,7	85	63,0						
Paraná	56	37	66,1	0	0,0	19	33,9						
Santa Catarina	18	4	22,2	0	0,0	14	77,8						
Rio Grande do Sul	61	8	13,1	1	1,6	52	85,2						
Centro-Oeste	61	16	26,2	10	16,4	35	57,4						
Mato Grosso do Sul	35	7	20,0	4	11,4	24	68,6						
Mato Grosso	14	4	28,6	6	42,9	4	28,6						
Goiás	5	2	40,0	0	0,0	3	60,0						
Distrito Federal	7	3	42,9	0	0,0	4	57,1						

Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (Site-TB)/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.
Legenda: UF = Unidades da Federação; TB DR = tuberculose drogarr resistente.
^a Banco extraído e qualificado em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compoem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 16 – Indicadores operacionais da tuberculose drogaresistente por capitais, Brasil, 2024^{a,b}

Capitais	Total de casos novos de TB DR		Padrão de resistência									
			Monorresistência				Polirresistência				Multidrogarresistência e resistência à rifampicina	
	n		n	%		n	%	n	%	n	%	
Total	514		134	26,1		19	3,7		360	70,0		
Porto Velho	3		0	0,0		0	0,0		3	100,0		
Rio Branco	5		1	20,0		0	0,0		4	80,0		
Manaus	76		28	36,8		0	0,0		48	63,2		
Boa Vista	4		1	25,0		1	25,0		2	50,0		
Belém	42		10	23,8		4	9,5		28	66,7		
Macapá	1		0	0,0		0	0,0		1	100,0		
Palmas	0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		
São Luís	19		0	0,0		0	0,0		19	100,0		
Teresina	3		0	0,0		0	0,0		3	100,0		
Fortaleza	28		3	10,7		1	3,6		24	85,7		
Natal	2		0	0,0		0	0,0		2	100,0		
João Pessoa	7		0	0,0		0	0,0		7	100,0		
Recife	14		1	7,1		0	0,0		13	92,9		
Maceió	1		0	0,0		0	0,0		1	100,0		
Aracaju	1		0	0,0		0	0,0		1	100,0		
Salvador	26		5	19,2		1	3,8		20	76,9		
Belo Horizonte	2		0	0,0		0	0,0		2	100,0		
Vitória	1		1	100,0		0	0,0		0	0,0		
Rio de Janeiro	105		22	21,0		5	4,8		77	73,3		
São Paulo	107		47	43,9		3	2,8		57	53,3		
Curitiba	11		6	54,5		0	0,0		5	45,5		
Florianópolis	3		0	0,0		0	0,0		3	100,0		
Porto Alegre	28		2	7,1		0	0,0		26	92,9		
Campo Grande	7		1	14,3		0	0,0		6	85,7		
Cuiabá	7		2	28,6		4	57,1		1	14,3		
Goiânia	1		0	0,0		0	0,0		1	100,0		
Brasília	7		3	42,9		0	0,0		4	57,1		

Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (Site-TB)/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde.

Legenda: TB DR = tuberculose drogaresistente.

^a Banco extraído e qualificado em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 17 – Indicadores operacionais do tratamento preventivo da tuberculose por Unidades da Federação, regiões e Brasil, 2024^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Total de TPT		Isoniazida (6H/9H)		Rifampicina (4R)		Rifampentina + isoniazida (3HP)		Rifampicina + isoniazida - dispersíveis	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	56079	21,5	12055	21,5	2747	4,9	40554	72,3	723	1,3
Norte	5685	6,3	357	6,3	142	2,5	5125	90,1	61	1,1
Rondônia	401	8,7	35	8,7	19	4,7	338	84,3	9	2,2
Acre	240	25,0	60	25,0	3	1,2	174	72,5	3	1,2
Amazonas	2565	2,9	74	2,9	73	2,8	2399	93,5	19	0,7
Roraima	361	6,1	22	6,1	5	1,4	325	90,0	9	2,5
Pará	1673	6,0	100	6,0	38	2,3	1520	90,9	15	0,9
Amapá	266	5,3	14	5,3	1	0,4	245	92,1	6	2,3
Tocantins	179	29,1	52	29,1	3	1,7	124	69,3	0	0,0
Nordeste	10212	27,3	2791	27,3	550	5,4	6754	66,1	117	1,1
Maranhão	1145	32,8	375	32,8	31	2,7	726	63,4	13	1,1
Piauí	540	14,4	78	14,4	26	4,8	422	78,1	14	2,6
Ceará	1600	22,1	354	22,1	50	3,1	1180	73,8	16	1,0
Rio Grande do Norte	699	41,2	288	41,2	52	7,4	349	49,9	10	1,4
Paraíba	776	43,2	335	43,2	30	3,9	409	52,7	2	0,3
Pernambuco	2352	27,4	645	27,4	201	8,5	1473	62,6	33	1,4
Alagoas	626	23,8	149	23,8	12	1,9	457	73,0	8	1,3
Sergipe	420	23,8	100	23,8	37	8,8	277	66,0	6	1,4
Bahia	2054	22,7	467	22,7	111	5,4	1461	71,1	15	0,7
Sudeste	29036	24,6	7129	24,6	1438	5,0	20089	69,2	380	1,3
Minas Gerais	3185	16,7	531	16,7	160	5,0	2454	77,0	40	1,3
Espírito Santo	1614	18,8	304	18,8	217	13,4	1069	66,2	24	1,5
Rio de Janeiro	7018	11,9	833	11,9	145	2,1	5865	83,6	175	2,5
São Paulo	17219	31,7	5461	31,7	916	5,3	10701	62,1	141	0,8
Sul	8630	17,0	1466	17,0	542	6,3	6497	75,3	125	1,4
Paraná	2209	12,3	272	12,3	190	8,6	1696	76,8	51	2,3
Santa Catarina	2124	10,4	221	10,4	53	2,5	1839	86,6	11	0,5
Rio Grande do Sul	4297	22,6	973	22,6	299	7,0	2962	68,9	63	1,5
Centro-Oeste	2516	12,4	312	12,4	75	3,0	2089	83,0	40	1,6
Mato Grosso do Sul	645	16,4	106	16,4	26	4,0	503	78,0	10	1,6
Mato Grosso	579	14,5	84	14,5	14	2,4	474	81,9	7	1,2
Goiás	966	9,2	89	9,2	18	1,9	849	87,9	10	1,0
Distrito Federal	326	10,1	33	10,1	17	5,2	263	80,7	13	4,0

Fonte: Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento de ILTB (IL-TB)/Ministério da Saúde; Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (Silt)/Secretaria de Estado de Saúde de Goiás; Sistema Vigilantes/Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina.

Legenda: UF = Unidades da Federação; TPT = tratamento preventivo da tuberculose.

^a Banco extraído e qualificado em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Tabela 18 – Indicadores operacionais do tratamento preventivo da tuberculose por capitais. Brasil, 2024^{a,b}

Capitais	Total de TPT		Isoniazida (6H/9H)		Rifampicina (4R)		Rifapentina + isoniazida (3HP)		Rifampicina + isoniazida - dispersíveis	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	23515	17,2	4045	17,2	1087	4,6	18144	77,2	239	1,0
Porto Velho	165	7,3	12	7,3	11	6,7	134	81,2	8	4,8
Rio Branco	182	33,0	60	33,0	3	1,6	118	64,8	1	0,5
Manaus	2220	2,7	61	2,7	64	2,9	2084	93,9	11	0,5
Boa Vista	327	6,4	21	6,4	4	1,2	294	89,9	8	2,4
Belém	527	3,0	16	3,0	5	0,9	505	95,8	1	0,2
Macapá	227	6,2	14	6,2	1	0,4	207	91,2	5	2,2
Palmas	42	66,7	28	66,7	0	0,0	14	33,3	0	0,0
São Luís	498	34,9	174	34,9	10	2,0	310	62,2	4	0,8
Teresina	215	13,5	29	13,5	16	7,4	166	77,2	4	1,9
Fortaleza	644	20,2	130	20,2	21	3,3	485	75,3	8	1,2
Natal	199	37,2	74	37,2	24	12,1	97	48,7	4	2,0
João Pessoa	289	46,4	134	46,4	7	2,4	148	51,2	0	0,0
Recife	934	21,3	199	21,3	64	6,9	653	69,9	18	1,9
Maceió	244	35,7	87	35,7	2	0,8	154	63,1	1	0,4
Aracaju	197	26,4	52	26,4	23	11,7	122	61,9	0	0,0
Salvador	528	18,0	95	18,0	34	6,4	397	75,2	2	0,4
Belo Horizonte	391	19,9	78	19,9	34	8,7	275	70,3	4	1,0
Vitória	261	16,9	44	16,9	83	31,8	132	50,6	2	0,8
Rio de Janeiro	4263	5,0	214	5,0	91	2,1	3858	90,5	100	2,3
São Paulo	8613	26,3	2262	26,3	445	5,2	5888	68,4	18	0,2
Curitiba	556	8,6	48	8,6	46	8,3	448	80,6	14	2,5
Florianópolis	134	3,0	4	3,0	5	3,7	125	93,3	0	0,0
Porto Alegre	921	10,7	99	10,7	60	6,5	752	81,7	10	1,1
Campo Grande	334	10,8	36	10,8	13	3,9	280	83,8	5	1,5
Cuiabá	109	16,5	18	16,5	4	3,7	87	79,8	0	0,0
Goiânia	181	12,2	22	12,2	1	0,6	158	87,3	0	0,0
Brasília	314	10,8	34	10,8	16	5,1	253	80,6	11	3,5

Fonte: Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (IL-TB)/Ministério da Saúde; Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (Silt)/Secretaria de Estado de Saúde de Goiás; Sistema Vigilantes/Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina.
Legenda: TPT = tratamento preventivo da tuberculose.

^a Banco extraído e qualificado em janeiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

^b Os dados ignorados foram removidos da tabela, mas compõem o número total de casos, podendo haver, portanto, divergência na somatória por estratificações.

Fontes de dados e cálculo dos indicadores

Este boletim nacional de tuberculose foi construído a partir da qualificação dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que são compilados e atualizados três vezes ao ano (fevereiro, abril e outubro). Como os dados são continuamente revisados e novas notificações podem ser incorporadas, inclusive de forma retroativa, é importante ressaltar que as informações apresentadas são preliminares e podem sofrer alterações. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), por sua vez, é atualizado três vezes ao ano, compondo um banco de dados prévio, um preliminar e um final.

Para este boletim, os dados do Site-TB e do IL-TB, por serem provenientes de sistemas on-line, não apresentam problemas quanto à oportunidade dos dados, garantindo acesso em tempo real às informações registradas. Foram utilizados os dados finais de mortalidade por TB referentes ao ano de 2023, extraídos em janeiro de 2025. Os dados sobre o encerramento de casos no Sinan foram considerados até 2023, enquanto no Site-TB foram incluídos até 2022, visando melhor oportunidade e qualidade das informações.

Além deste boletim, o Ministério da Saúde disponibiliza uma série de recursos para acesso aos dados epidemiológicos relacionados à tuberculose, a saber:

a) Sinan:

- pelo TabNet, é possível exportar dados para a construção de indicadores de várias doenças e agravos, incluindo a TB. É possível acessá-los pelo link: "[Casos de Tuberculose no TabNet](#)";
- para dados mais detalhados e análises personalizadas, podem-se baixar os microdados para uso no TabWin pelo link: "[Transferência de Arquivos do DATASUS](#)".
- para consulta de indicadores epidemiológicos, pode-se acessar o Painel de Monitoramento da Tuberculose pelo link: "[Painel de Monitoramento da Tuberculose](#)".

b) IL-TB e Site-TB:

- para solicitar os dados relacionados à infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* e/ou TB DR, basta acessar o link: "[Acesso à informação – LAI](#)". Na descrição, é necessário ter clareza e objetividade, identificando a base de dados, as variáveis, a abrangência territorial e o período.

No link "[Situação Epidemiológica da Tuberculose](#)", é possível encontrar dados e figuras atualizadas conforme as qualificações que ocorrem ao longo do ano, oferecendo análises detalhadas para o Brasil, regiões, Unidades da Federação e capitais desde 1990 até o ano mais atualizado disponível.

Essas alternativas de acesso aos dados garantem uma visão abrangente e atualizada da

situação da tuberculose no Brasil ao longo do ano, complementando as informações apresentadas neste boletim.

Indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose

Os dados referentes à TB foram extraídos do Sinan, do Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose (TBWEB) do estado de São Paulo e do e-SUS/Vigilância em Saúde do estado do Espírito Santo, atualizados em fevereiro de 2025; e do Site-TB, cuja atualização data de janeiro de 2025. As informações relacionadas ao tratamento preventivo da TB foram coletadas no IL-TB, no Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (Silt) e no Sistema Vigilantes, atualizados em janeiro de 2025. Para análise da mortalidade, consultou-se o SIM, atualizado em janeiro de 2025.

Para a elaboração de todos os coeficientes, foram utilizadas estimativas populacionais desenvolvidas pela Coordenação de População e Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, disponíveis no site do DataSUS, disponíveis no link: [TabNet Win32 3.3: Projeção da População das Unidades da Federação por sexo, idade simples ou faixa-etária: 2000-2070 \(edição 2024\)](#). As projeções populacionais do Brasil e Unidades da Federação de 2000 a 2070 (Edição 2024), disponíveis no link: [Projeções da população: notas metodológicas 01/2024 : Brasil e unidades da federação](#), atualizaram todo o conjunto de projeções populacionais para cada um dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Nessa atualização, foram incorporados os resultados do último Censo Demográfico, realizado em 2022; informações mais recentes dos registros de nascimentos e de óbitos; dados preliminares de migração interna, obtidos do Censo 2022; e informações de migração internacional, advindas de registros administrativos. Os resultados englobaram o período das estimativas populacionais (2000 a 2022) e o período das projeções das populações (2023 a 2070).

Uma vez agrupadas pelo MS, as bases de dados de tuberculose de todas as UF foram aprimoradas com o objetivo de remover duplicidades de notificações e qualificar os desfechos de casos transferidos entre diferentes UF. Para tanto, foi utilizado o software Stata® Statistics versão 12. Para fins de análise, foram empregados o TabWin versão 3.6, o Microsoft Excel® versão 2019 e o R Studio versão 4.4.1.

A fonte dos dados e o método de cálculo dos indicadores epidemiológicos e operacionais da TB utilizados estão descritos no Quadro 2, sendo apresentados com mais detalhes no "[Caderno de Indicadores da Tuberculose: tuberculose sensível, tuberculose drogaresistente e tratamento preventivo](#)".

Quadro 2 – Descrição dos indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose utilizados no presente boletim

Nome	Método de cálculo	Período de análise	Fonte de dados
Epidemiológicos			
Casos novos de TB ^a	Número de casos novos ^a de TB	2024	Sinan
Coeficiente de incidência de TB	Número de casos novos ^a de TB, dividido pela população residente, multiplicado por 100 mil	2013 a 2024	Sinan e IBGE
Coeficiente de incidência de TB por sexo e faixa etária	Número de casos novos ^a de TB por sexo e faixa etária, dividido pela população residente da respectiva faixa etária e sexo, multiplicado por 100 mil	2022 a 2024	Sinan e IBGE
Proporção de casos novos ^a de TB pulmonar por raça/cor	Número de casos novos ^a de TB pulmonar por raça/cor, dividido pelo total de casos novos de TB pulmonar, multiplicado por 100	2013 a 2024	Sinan e IBGE
Coeficiente de mortalidade por TB	Número de óbitos por TB ^b , dividido pela população residente, multiplicado por 100 mil	2013 a 2023	SIM e IBGE
Coeficiente de mortalidade por TB por faixa etária	Número de óbitos por TB ^b por faixa etária, dividido pela população residente da faixa etária correspondente, multiplicado por 100 mil	2023	SIM e IBGE
Proporção de casos novos ^a de TB	Número de casos novos ^a de TB, dividido pelo total de casos de TB, multiplicado por 100	2024	Sinan
Coeficiente de incidência de TB pulmonar por sexo	Número de casos novos ^a de TB pulmonar por sexo, dividido pela população residente correspondente, multiplicado por 100 mil	2022 a 2024	Sinan e IBGE
Coeficiente de incidência de TB pulmonar por faixa etária	Número de casos novos ^a de TB pulmonar por faixa etária, dividido pela população residente correspondente, multiplicado por 100 mil	2022 a 2024	Sinan e IBGE
Proporção de casos de retratamento ^c de TB entre o total de casos	Número de casos de retratamento ^c de TB, dividido pelo total de casos de TB, multiplicado por 100	2024	Sinan
Total de casos de TB	Soma dos casos novos ^a e de retratamento ^c de TB	2019 a 2024	Sinan

continua

continuação

Nome	Método de cálculo	Período de análise	Fonte de dados
Casos novos ^a de TB diagnosticados em populações em situação de vulnerabilidade	Soma dos casos novos ^a de TB diagnosticados na população privada de liberdade, imigrantes, profissionais de saúde, população em situação de rua e indígenas	2015 a 2024	Sinan
Operacionais			
Proporção de casos novos ^a de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial ^d	Número de casos novos ^a de TB pulmonar com confirmação laboratorial ^d dividido pelo total de casos novos ^a de TB pulmonar, multiplicado por 100	2013 a 2024	Sinan
Proporção de casos novos ^a de TB nas populações em situação de vulnerabilidade ^e	Número de casos novos ^a de TB na população privada de liberdade, imigrantes, profissionais de saúde, população em situação de rua e indígenas, dividido pelo total de casos novos ^a diagnosticados, multiplicado por 100	2024	Sinan
Risco para o adoecimento por tuberculose entre populações em situação de maior vulnerabilidade (PVHA, PPL e indígenas)	Número de casos novos de TB na população em situação de maior vulnerabilidade (PVHA, PPL e indígenas) dividido pela soma de número de casos na população em situação de maior vulnerabilidade (PVHA, PPL e indígenas) somado pela população em situação de maior vulnerabilidade sem caso de TB.	2024	Sinan, Sisdepen, Dathi, IBGE
Proporção de desfechos de tratamento dos casos novos ^a de TB diagnosticados em populações em situação de vulnerabilidade ^e	O risco relativo foi calculado pela relação da probabilidade de o evento ocorrer na população em situação de vulnerabilidade contra a população sem a presença de situação de vulnerabilidade.	2020 a 2023	Sinan
Casos de TB notificados como pós-óbito	Número de casos ^a de TB com tipo de entrada no Sinan "pós-óbito"	2024	Sinan
Proporção de casos novos ^a de TB pulmonar que realizaram TRM-TB	Número de casos novos ^a de TB pulmonar que realizaram TRM-TB, dividido pelo total de casos novos ^a de TB pulmonar, multiplicado por 100	2024	Sinan
Exames realizados para o diagnóstico da TB pelo TRM-TB	Total de cartuchos de TRM-TB utilizados, exceto aqueles empregados para acompanhamento, erros e perdas	2019 a 2024	Relatórios da rede de TRM-TB

continua

continuação

Nome	Método de cálculo	Período de análise	Fonte de dados
Positividade de exames realizados pelo TRM-TB	Número de exames TRM-TB com resultado positivo, dividido pelo total de exames de TRM-TB realizados, multiplicado por 100	2017 a 2024	Relatórios da rede de TRM-TB
Número de TRM-TB realizados	Número de testes rápidos moleculares para diagnóstico da tuberculose por ano de realização do teste	2021 a 2024	Relatórios da rede de TRM-TB
Proporção de casos novos ^a de TB pulmonar que realizaram cultura escarro	Número de casos novos ^a de TB pulmonar que realizaram cultura de escarro, dividido pelo total de casos novos ^a de TB pulmonar, multiplicado por 100	2024	Sinan
Proporção de casos de retratamento ^c de TB pulmonar	Número de casos de retratamento ^c de TB pulmonar, dividido pelo total de casos de TB pulmonar, multiplicado por 100	2024	Sinan
Proporção de casos de retratamento ^c de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial ^d	Número de casos de retratamento ^c de TB pulmonar com confirmação laboratorial ^d , dividido pelo total de casos de retratamento ^c de TB pulmonar, multiplicado por 100	2024	Sinan
Proporção de casos pulmonares de retratamento ^c de TB que realizaram cultura de escarro	Número de casos de retratamento ^c de TB pulmonar que realizaram cultura de escarro, dividido pelo total de casos de retratamento ^c de TB pulmonar, multiplicado por 100	2024	Sinan
Positividade da cultura de escarro entre os casos de retratamento ^c de TB pulmonar	Número de casos de retratamento ^c de TB pulmonar com resultado positivo de cultura de escarro, dividido pelo total de casos de retratamento ^c de TB pulmonar que realizou cultura de escarro, multiplicado por 100	2024	Sinan
Proporção de casos de retratamento ^c de TB pulmonar com cultura positiva que realizaram teste de sensibilidade	Número de casos de retratamento ^c de TB pulmonar que realizaram teste de sensibilidade, dividido pelo total de casos de retratamento ^c de TB pulmonar com cultura positiva, multiplicado por 100	2024	Sinan
Proporção de contatos dos casos novos ^a de TB pulmonar com confirmação laboratorial ^d examinados	Número de contatos dos casos novos ^a de TB pulmonar com confirmação laboratorial ^d examinados, dividido pelo total de contatos dos casos novos ^a de TB pulmonar com confirmação laboratorial ^d identificados, multiplicado por 100	2023	Sinan

continua

continuação

Nome	Método de cálculo	Período de análise	Fonte de dados
Proporção de contatos dos casos novos ^a de TB pulmonar com confirmação laboratorial ^d examinados	Número de contatos dos casos novos ^a de TB pulmonar com confirmação laboratorial ^d examinados, dividido pelo total de contatos dos casos novos ^a de TB pulmonar com confirmação laboratorial ^d identificados, multiplicado por 100	2023	Sinan
Proporção da testagem para HIV entre os casos novos ^a de TB	Número de casos novos ^a de TB que realizaram exame para HIV, dividido pelo total de casos novos ^a de TB, multiplicado por 100	2024	Sinan
Proporção da coinfeção TB-HIV entre os casos novos ^a de TB	Número de casos novos ^a de TB com resultado positivo para o HIV, dividido pelo total de casos novos ^a de TB, multiplicado por 100	2024	Sinan
Proporção de Tarv no total de casos novos ^a com coinfeção TB-HIV	Número de casos novos ^a de TB com resultado positivo para o HIV e que realizaram Tarv em algum momento do tratamento para a TB, dividido pelo total de casos novos ^a de TB com resultado positivo para o HIV, multiplicado por 100	2024	Sinan
Proporção dos desfechos de tratamento dos casos novos ^a com a coinfeção TB-HIV ^e	Número de casos novos ^a de TB com resultado positivo para HIV segundo desfechos de tratamento (cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), dividido pelo total de casos novos ^a de TB com resultado positivo para HIV, multiplicado por 100	2012 a 2023	Sinan
Proporção de casos novos ^a de TB pulmonar que realizaram TDO	Número de casos novos ^a de TB pulmonar que realizaram TDO, dividido pelo total de casos novos ^a de TB pulmonar, multiplicado por 100	2023	Sinan
Proporção dos desfechos de tratamento dos casos novos ^a de TB ^e	Número de casos novos ^a de TB segundo desfecho de tratamento (cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), dividido pelo total de casos novos ^a de TB, multiplicado por 100	2023	Sinan
Proporção dos desfechos de tratamento dos casos novos ^a de TB pulmonar ^e	Número de casos novos ^a de TB pulmonar segundo desfecho de tratamento (cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), dividido pelo total de casos novos ^a de TB pulmonar, multiplicado por 100	2023	Sinan

continua

continuação

Nome	Método de cálculo	Período de análise	Fonte de dados
Proporção dos desfechos de tratamento dos casos novos ^a de TB pulmonar com confirmação laboratorial ^{d,e}	Número de casos novos ^a de TB pulmonar com confirmação laboratorial segundo desfecho de tratamento (cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), dividido pelo total de casos novos ^a de TB pulmonar com confirmação laboratorial, multiplicado por 100	2012 a 2023	Sinan
Proporção de desfechos do tratamento dos casos de retratamento ^c de TB ^e	Número de casos de retratamento ^c de TB segundo desfecho de tratamento (cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), dividido pelo total de casos de retratamento ^c de TB, multiplicado por 100	2023	Sinan
Proporção de desfechos de tratamento dos casos de retratamento ^c de TB pulmonar ^e	Número de casos de retratamento ^c de TB pulmonar segundo desfecho de tratamento (cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), dividido pelo total de casos de retratamento de TB ^e pulmonar, multiplicado por 100	2023	Sinan
Proporção de desfechos de tratamento dos casos de retratamento ^c de TB pulmonar com confirmação laboratorial ^e	Número de casos de retratamento ^c de TB pulmonar com confirmação laboratorial segundo desfecho de tratamento (cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), dividido pelo total de casos de retratamento ^c de TB pulmonar com confirmação laboratorial, multiplicado por 100	2023	Sinan
Casos novos de TB drogarresistente segundo padrão de resistência inicial	Número de casos novos de TB drogarresistente de acordo com o padrão de resistência inicial	2015-2024	Site-TB
Proporção de desfechos de tratamento dos casos novos de TB multidrogarresistente ^f	Número de casos novos de TB multidrogarresistente ^f segundo desfecho de tratamento (sucesso do tratamento, interrupção do tratamento, óbito ou outros encerramentos) dividido pelo total de casos novos de TB multidrogarresistente ^f , multiplicado por 100	2015 a 2022	Site-TB
Pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da TB	Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da TB	2018 a 2024	IL-TB, Silt e Vigilantes

continua

conclusão

Nome	Método de cálculo	Período de análise	Fonte de dados
Proporção de desfechos de tratamento preventivo da TB conforme esquema terapêutico	Número de pessoas que realizaram o tratamento da ILTB conforme esquema terapêutico utilizado e desfecho do tratamento (tratamento completo, interrupção do tratamento, suspenso por reação adversa ou outros), dividido pelo total de pessoas que iniciaram tratamento da ILTB por esquema terapêutico correspondente, multiplicado por 100	2023	IL-TB, Silt e Vigilantes

Fonte: CGTM/Dathi/SVSA/MS.

Legenda: APS = Atenção Primária à Saúde; IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Sinan = Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SIM = Sistema de Informações sobre Mortalidade; Site-TB = Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose; IL-TB = Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento de ILTB; Silt = Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose; Tarv = terapia antirretroviral; TB = tuberculose; TDO = tratamento diretamente observado; TRM-TB = teste rápido molecular para diagnóstico da tuberculose; Sisdepen = Sistema de Informação do Departamento Penitenciário Nacional; Dathi = Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (estimativa de casos de PVHA no Brasil); PVHA = pessoas vivendo com HIV e/ou aids; PPL = população privada de liberdade.

^a Casos novos: pessoas com tuberculose registradas no Sinan como caso novo, não sabe e pós-óbito.

^b Óbitos por tuberculose: óbitos registrados com os códigos A15 a A19 na causa básica, conforme a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

^c Retratamento: pessoas com tuberculose registradas no Sinan como reingresso após interrupção do tratamento ou recidiva.

^d Confirmação laboratorial: pessoas com tuberculose que apresentaram pelo menos um resultado positivo nos exames laboratoriais (baciloscopia de escarro, teste rápido molecular para tuberculose – TRM-TB ou cultura de escarro).

^e Excluídas as situações de encerramento: falência, mudança de esquema e tuberculose drogaresistente, pois esses casos são acompanhados no Site-TB, e os desfechos finais não estão disponíveis no Sinan.

^f Padrão de resistência inicial a, pelo menos, rifampicina e isoniazida, ou resistência à rifampicina diagnosticada pelo teste rápido molecular para tuberculose, independentemente de resultados futuros utilizando teste de sensibilidade.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.gov.br/bvs