

Boletim Epidemiológico

NÚMERO ESPECIAL
Março 2026

TUBERCULOSE 2026



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 2026

Tuberculose 2026



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 2026

Número Especial | Março 2026 - 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 Rocha Santos Padilha

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente

Mariângela Batista Galvão Simão

Coordenação-geral:

Draurio Barreira

Fernanda Dockhorn Costa

Organização e colaboração:

Amanda Coutinho de Souza

Daiane Alves da Silva

Daniele Gomes Dell'Orti

Daniele Maria Pelissari

Eduardo de Souza Alves

Fernanda Mattos de Souza

Geisa Poliane de Oliveira Cervieri

Gisela Unis

Karina dos Santos Casado

Liliana Romero Vega

Luiz Henrique Arroyo

Luiza Ohana Harada

Mábia Milhomem Bastos

Nicole Menezes de Souza

Rebeca Silva dos Santos

Yury Bitencourt da Costa

Colaboração externa:

Gabriela Tavares Magnabosco

Giovanna Mariah Orlandi

Editoração técnico-científica:

Camila Costa Dias

José Fabrício de Carvalho Leal

Tais Freire Galvão

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 2026

Lista de figuras

Figura 1	Coefficiente de incidência (casos por 100 mil habitantes) e número de casos novos de tuberculose. Brasil, 2014 a 2025.....	13
Figura 2	Coefficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil habitantes) por unidade federativa (UF). Brasil, 2025.....	14
Figura 3	Coefficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) e número de óbitos por tuberculose. Brasil, 2014 a 2024.....	15
Figura 4	Coefficiente de mortalidade por tuberculose (óbitos por 100 mil habitantes) por unidade federativa (UF). Brasil, 2024.....	16
Figura 5	Coefficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil habitantes) por sexo e faixa etária. Brasil, 2023 a 2025.....	17
Figura 6	Proporção de casos novos de tuberculose por raça/cor. Brasil, 2014 a 2025.....	18
Figura 7	Proporção de casos novos de tuberculose segundo faixas etárias até 15 anos de idade. Brasil, 2014 a 2025.....	19
Figura 8	Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial. Brasil, 2014 a 2025.....	20
Figura 9	Número de testes rápidos moleculares (TRM) realizados para o diagnóstico da tuberculose. Brasil, 2021 a 2025.....	20
Figura 10	Proporção de resultados do teste rápido molecular para diagnóstico de tuberculose (TRM-TB) por unidade federativa de realização do exame. Brasil, 2025.....	21
Figura 11	Proporção de realização isolada e combinada de baciloscopia, teste rápido molecular (TRM-TB) e cultura entre os casos novos de tuberculose. Brasil, 2019 e 2025.....	22
Figura 12	Proporção de testagem para o HIV e de coinfeção TB-HIV entre os casos novos de tuberculose. Brasil, 2014 a 2025.....	23
Figura 13	Proporção de testagem para o HIV e de coinfeção tuberculose-HIV entre os casos novos de tuberculose por unidade federativa. Brasil, 2025.....	24
Figura 14	Proporção do uso de terapia antirretroviral entre casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids. Brasil, 2015 a 2025.....	25
Figura 15	Proporção do uso de terapia antirretroviral entre casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids por unidade federativa. Brasil, 2025.....	26
Figura 16	Proporção dos desfechos de tratamento de tuberculose nos casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids. Brasil, 2012 a 2024.....	26
Figura 17	Número de casos novos de tuberculose diagnosticados em populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2015 a 2025.....	28
Figura 18	Proporção de desfechos de tratamento entre os casos novos de tuberculose diagnosticados em populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2021 a 2024.....	29
Figura 19	Número de casos novos de tuberculose drogarresistente (TB DR) segundo o padrão de resistência inicial. Brasil, 2015 a 2025.....	30
Figura 20	Proporção de desfechos de tratamento dos casos novos de tuberculose multidrogarresistente e resistente à rifampicina. Brasil, 2015 a 2023.....	31
Figura 21	Número de casos novos de tuberculose drogarresistente (TB DR) com alguma resistência à rifampicina elegíveis (n=923) que iniciaram o tratamento com bedaquilina, pretomanida e linezolida (BPAL) (n=757) e proporção de cobertura. Brasil, dezembro/2024 a dezembro/2025.....	32
Figura 22	Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial. Brasil, 2012 a 2024.....	33
Figura 23	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial por unidade federativa. Brasil, 2024.....	33
Figura 24	Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose. Brasil, 2018 a 2025.....	34
Figura 25	Proporção de esquemas terapêuticos entre as pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose por unidade federativa. Brasil, 2025.....	36
Figura 26	Proporção de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose conforme indicação de tratamento. Brasil, 2025.....	36
Figura 27	Proporção de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose (TPT) conforme situação de encerramento e esquema terapêutico. Brasil, 2024.....	37

Lista de quadros

Quadro 1	Proporção de casos novos de tuberculose e risco de adoecimento por tuberculose entre populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2025.....	27
Quadro 2	Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose por esquema terapêutico e ano. Brasil, 2018 a 2025.....	35
Quadro 3	Descrição dos indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose utilizados no presente boletim.....	47

Lista de tabelas

Tabela 1	Indicadores epidemiológicos e operacionais dos casos novos de tuberculose por unidades federativas, regiões e Brasil, 2025.....	54
Tabela 2	Indicadores epidemiológicos e operacionais dos casos novos de tuberculose por capitais. Brasil, 2025.....	55
Tabela 3	Indicadores de mortalidade por tuberculose por unidades federativas, regiões e Brasil, 2024.....	56
Tabela 4	Indicadores de mortalidade por tuberculose por capitais. Brasil, 2024.....	57
Tabela 5	Indicadores operacionais de tuberculose em menores de 5 anos por unidades federativas, regiões e Brasil, 2025.....	58
Tabela 6	Indicadores operacionais de tuberculose em pessoas com até 15 anos de idade por unidade por unidades federativas, regiões e Brasil, 2025.....	59
Tabela 7	Indicadores laboratoriais e de investigação de contatos dos casos de tuberculose por unidades federativas, regiões e Brasil, 2024 e 2025.....	60
Tabela 8	Indicadores laboratoriais e de investigação de contatos dos casos de tuberculose por capitais. Brasil, 2024 e 2025.....	61
Tabela 9	Indicadores de coinfeção TB-HIV por unidades federativas, regiões e Brasil, 2025.....	62
Tabela 10	Indicadores de coinfeção TB-HIV por capitais. Brasil, 2025.....	63
Tabela 11	Indicadores operacionais da tuberculose drogarresistente por unidades federativas, regiões e Brasil, 2025.....	64
Tabela 12	Indicadores operacionais da tuberculose drogarresistente por capitais. Brasil, 2025.....	65
Tabela 13	Indicadores operacionais de encerramento do tratamento dos casos novos de tuberculose por unidades federativas, regiões e Brasil, 2024.....	66
Tabela 14	Indicadores operacionais de encerramento do tratamento de casos de retratamento da tuberculose por unidades federativas, regiões e Brasil, 2024.....	67
Tabela 15	Indicadores operacionais de encerramento do tratamento dos casos novos de tuberculose por capitais. Brasil, 2024.....	68
Tabela 16	Indicadores operacionais de encerramento do tratamento dos casos de retratamento de tuberculose por capitais. Brasil, 2024.....	69
Tabela 17	Indicadores operacionais do tratamento preventivo da tuberculose por unidades federativas, regiões e Brasil, 2025.....	70
Tabela 18	Indicadores operacionais do tratamento preventivo da tuberculose por capitais. Brasil, 2025.....	71

Sumário

Introdução	7
-------------------	----------

Priorizar, integrar e inovar: caminhos para a eliminação da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil	9
---	----------

Notificações de pessoas com tuberculose	13
Mortalidade por tuberculose	15
Perfil sociodemográfico das pessoas com tuberculose	17
Tuberculose na infância	18
Diagnóstico das pessoas com tuberculose	19
Coinfecção tuberculose-HIV	23
Populações em situação de maior vulnerabilidade	27
Tuberculose drogarr resistente	29
Desfechos de tratamento das pessoas com tuberculose sensível	32
Prevenção da tuberculose	33
Considerações finais	38

Referências	39
--------------------	-----------

Apêndices	45
------------------	-----------

Métodos	46
Tabelas	52

Introdução

A tuberculose (TB) permanece entre as doenças infecciosas de maior impacto global, refletindo e aprofundando desigualdades sociais e econômicas. Estima-se que, em 2024, cerca de 10,7 milhões de pessoas adoeceram por TB em todo o mundo, com 1,23 milhão de óbitos¹.

No Brasil, o enfrentamento da TB tem apresentado avanços nos últimos anos, impulsionado pela adoção de estratégias prioritárias e pela incorporação de tecnologias voltadas à vigilância, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. A expansão da rede de teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) e do tratamento preventivo da tuberculose (TPT), a qualificação dos fluxos de vigilância e a intensificação de ações intersetoriais, associadas à ampliação dos recursos por meio da política de incentivo, têm contribuído para aprimoramentos operacionais e para o fortalecimento da resposta epidemiológica no país².

Apesar desses progressos, ainda persistem desafios estruturais para a redução da carga da TB no país, incluindo barreiras de acesso aos serviços de saúde, dificuldades para o diagnóstico oportuno, atrasos no início do tratamento e a permanência de estigma e discriminação associados à doença³. Essas fragilidades impactam de maneira desproporcional populações em situação de maior vulnerabilidade social, como pessoas pretas e pardas, pessoas privadas de liberdade, povos indígenas, pessoas em situação de rua e pessoas vivendo com HIV e/ou aids, evidenciando a intersecção entre TB, iniquidades sociais e determinantes estruturais da saúde⁴.

Em 2025, foram registrados mais de 84 mil casos novos e mais de 6 mil óbitos por TB no país, o que evidencia a magnitude da doença e reforça a necessidade de continuidade, ampliação e qualificação das

ações de vigilância, prevenção e cuidado em saúde. Nesse cenário, o monitoramento sistemático da situação epidemiológica da TB e do status operacional dos serviços de saúde torna-se fundamental para subsidiar a tomada de decisão, orientar a alocação de recursos e apoiar o planejamento de ações nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para respostas mais oportunas, equitativas e efetivas no enfrentamento da doença.

Nesse âmbito, a terceira fase do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública (2026–2030) representa um momento estratégico para avaliar os avanços alcançados, identificar lacunas persistentes e subsidiar o redirecionamento das ações, com maior foco na redução das iniquidades e na priorização de territórios e populações mais afetadas pela doença.

Diante desse cenário, as análises epidemiológicas são fundamentais para a vigilância em saúde, na medida em que produzem evidências que apoiam a formulação e o monitoramento de políticas públicas e fortalecem o planejamento de ações integradas e territorializadas.

O objetivo deste Boletim Epidemiológico é analisar a situação epidemiológica e operacional da TB no Brasil, com base em dados recentes dos sistemas nacionais de informação em saúde, contemplando os âmbitos nacional, regional e estadual. O método utilizado para a elaboração do Boletim está descrito de forma detalhada no Apêndice.

Adicionalmente, são discutidos os avanços e desafios relacionados aos compromissos globais e nacionais para as ações de cuidado integral e integrado em TB, destacando o papel da vigilância em saúde no enfrentamento da doença.

Priorizar, integrar e inovar: caminhos para a eliminação da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil

Notificações de pessoas com tuberculose

Mortalidade por tuberculose

Perfil sociodemográfico das pessoas com tuberculose

Tuberculose na infância

Diagnóstico das pessoas com tuberculose

Coinfecção tuberculose-HIV

Populações em situação de maior vulnerabilidade

Tuberculose drogarresistente

Desfechos de tratamento das pessoas com tuberculose sensível

Prevenção da tuberculose

A implementação de políticas públicas com base em evidências é uma ação técnico-política implicada com os princípios do SUS, na qual se insere a produção deste Boletim Epidemiológico. Os dados apresentados refletem o trabalho articulado dos diferentes níveis de gestão do SUS, profissionais de saúde, sociedade civil e pesquisadores(as) para a vigilância e controle da TB no país. Todavia, apesar dos esforços, os indicadores apontam que ainda é preciso avançar na elaboração de estratégias compartilhadas para ampliar o acesso ao cuidado e enfrentar os determinantes sociais da saúde.

Em âmbito global, o Brasil destaca-se ao incorporar diretrizes e recomendações da agenda internacional. A meta 3.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁵ estabelece o compromisso de acabar com epidemias de TB, HIV, aids, malária e doenças tropicais negligenciadas até 2030. Os ODS trazem a perspectiva de que o enfrentamento de epidemias extrapola o setor saúde e demanda ações intersetoriais para erradicar a pobreza, enfrentar as mudanças climáticas e reduzir as desigualdades que reverberam de diferentes formas nesses agravos. Em convergência, a Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose (End TB Strategy)⁶ inova ao incluir a meta de zerar o número de pessoas afetadas pelos custos catastróficos em consequência do adoecimento por TB, reconhecendo que é preciso superar processos de determinação social que perpetuam a existência da infecção, principalmente entre pessoas em situação de maior vulnerabilidade – pessoas negras, povos indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes internacionais e pessoas em situação de rua, nas quais os dados apontam maior risco de adoecimento. Situações como pobreza, insegurança alimentar, moradia inadequada, baixa escolaridade, desemprego e acesso limitado aos serviços de saúde influenciam tanto o risco de adoecimento quanto a capacidade das pessoas de acessar o diagnóstico, iniciar o tratamento oportunamente e mantê-lo até a cura⁴.

A partir do lançamento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, em 2017, o Brasil

normatizou, de maneira mais robusta, uma estratégia nacional, alinhada à agenda internacional, de eliminação da TB como problema de saúde pública. No Plano são propostas ações, no âmbito das atribuições de cada ente federado, que buscam responder às necessidades de saúde do território nacional, marcado pela heterogeneidade dos cenários epidemiológicos, pelas desigualdades sociais e por desafios regionais na gestão e na operacionalização da vigilância em saúde no SUS⁷.

Com base no balanço das ações desenvolvidas na segunda fase do Plano (2021-2025)⁸, na análise situacional do cenário epidemiológico e operacional da TB no país e na incorporação de recomendações técnicas e revisão das estratégias e dos objetivos adotados, foi iniciado, em 2025, o processo de elaboração da terceira fase do Plano Nacional pelo Fim da TB (2026-2030). A terceira fase de execução propõe uma abordagem baseada em priorização, integração e inovação. São propostas estratégias para que gestores e gestoras possam priorizar populações, integrar ações com foco na intersetorialidade e inovar no desenvolvimento de tecnologias, incluindo as leves e relacionais, que acelerem o alcance da eliminação da TB como problema de saúde pública no país. Após revisão por especialistas, coordenadores(as) dos programas de vigilância da TB e representantes da sociedade civil, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Plano será pactuado nos colegiados de gestão do SUS. Enquanto ferramenta norteadora das ações de vigilância da TB no país, o Plano está alinhado à Política Nacional de Vigilância em Saúde, que reitera o compromisso da gestão tripartite da vigilância da TB, em que o financiamento e a operacionalização das atribuições de cada ente contribui para a integralidade da atenção, mediante articulação e construção conjunta com os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

É preciso, além disso, reconhecer e fortalecer o protagonismo das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) na ampliação

das estratégias de TPT, bem como na oferta de ações de ampliação do acesso à saúde, diagnóstico precoce, vinculação aos serviços e coordenação do cuidado. Por sua proximidade com o território, a APS tem desempenhado um papel central na identificação de pessoas com sintomas respiratórios e na implementação de estratégias como o tratamento diretamente observado (TDO), que fortalecem a vinculação ao cuidado e a adesão ao tratamento, principalmente entre pessoas em situação de maior vulnerabilidade⁹.

Nesse sentido, com apoio de editais de fomento lançados pelo Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi) da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde (MS), é igualmente importante ressaltar as contribuições de organizações de sociedade civil que têm atuado não apenas em *advocacy* e mobilização social, mas também no desenvolvimento de ações de base comunitária voltadas a facilitar o acesso aos serviços e às estratégias de educação em saúde, sobretudo entre populações em contextos de maior vulnerabilidade.

No âmbito da gestão, o diagnóstico situacional e a definição de fluxos assistenciais e informacionais entre os diferentes níveis de atenção e a vigilância epidemiológica qualificam o uso dos dados para o planejamento local, a priorização de territórios e a organização da RAS, favorecendo o acesso oportuno das pessoas aos serviços.

Paralelamente, o enfrentamento dos determinantes sociais da TB exige articulação intra e intersetorial e forte participação social. O Brasil tem avançado nesse campo com a instituição do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds) e o lançamento do Programa Brasil Saudável¹⁰, iniciativas alinhadas ao Multisectoral Accountability Framework for TB (MAF-TB) da OMS¹¹. Levantamento recente do Ministério da Saúde também identificou experiências estaduais e municipais voltadas à ampliação do acesso à proteção social, inclusive com a utilização de recursos da política de

incentivo financeiro. A institucionalização da articulação entre o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (Suas) é necessária para ampliar o acesso às diferentes estratégias de apoio social e permitir que o país avance no monitoramento dos custos catastróficos enfrentados pelas famílias devido à TB. Ao ir além dos indicadores puramente clínicos, essa integração busca mitigar os gastos diretos e indiretos que comprometem a renda familiar, representando um passo decisivo para alcançar a meta pelo fim da TB (End TB Strategy) de reduzir a zero a proporção de famílias afetadas pelos custos catastróficos decorrentes da TB e que podem prejudicar o desfecho do tratamento da doença¹².

A Portaria de Incentivo Financeiro representa um avanço normativo ao instituir um mecanismo específico de apoio financeiro às ações de vigilância, prevenção e controle da TB^{13,14}. Todavia, evidências iniciais¹⁵ indicam que sua implementação apresenta desafios em diversos territórios, seja por questões operacionais, limitações de capacidade de gestão ou dificuldades de articulação interfederativa. É fundamental que o tema da TB esteja contemplado nos instrumentos de planejamento e orçamento do SUS. A incorporação explícita de metas, ações e recursos destinados à vigilância, prevenção e controle da TB nesses instrumentos é condição necessária para assegurar sustentabilidade financeira e alinhamento entre prioridades de gestão e alocação de recursos.

Nesse contexto, o presente Boletim Epidemiológico constitui um instrumento estratégico para subsidiar a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão do SUS, ao sistematizar evidências atualizadas sobre a situação da TB no país, as desigualdades regionais e os principais desafios operacionais para o controle da doença. A análise integrada de indicadores epidemiológicos, assistenciais e programáticos permite orientar a priorização de territórios, o planejamento de ações e a avaliação das estratégias implementadas, o que contribui para o fortalecimento das respostas nacionais rumo à eliminação da TB como problema de saúde pública.

Panorama da tuberculose no Brasil

Incidência e óbitos por tuberculose

	Número	Δ%*	Coeficiente / 100 mil hab.
● Casos novos, 2025	84.368	▼ 2,1%	39,5
● TB DR**, 2025	1.145	▲ 9,8%	
● Óbitos por TB, 2024	6.376	▲ 5,8%	3,0

* Variação percentual comparada ao ano anterior.
 ** Tuberculose drogarristente.

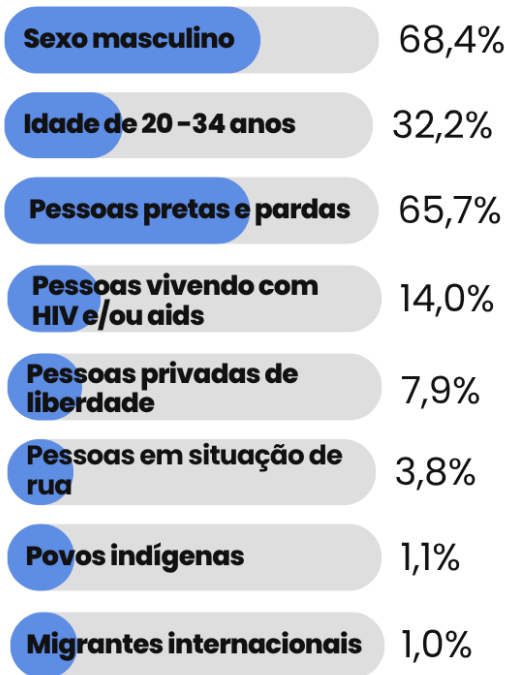
População (milhões)*
213,4

Casos novos
84.368

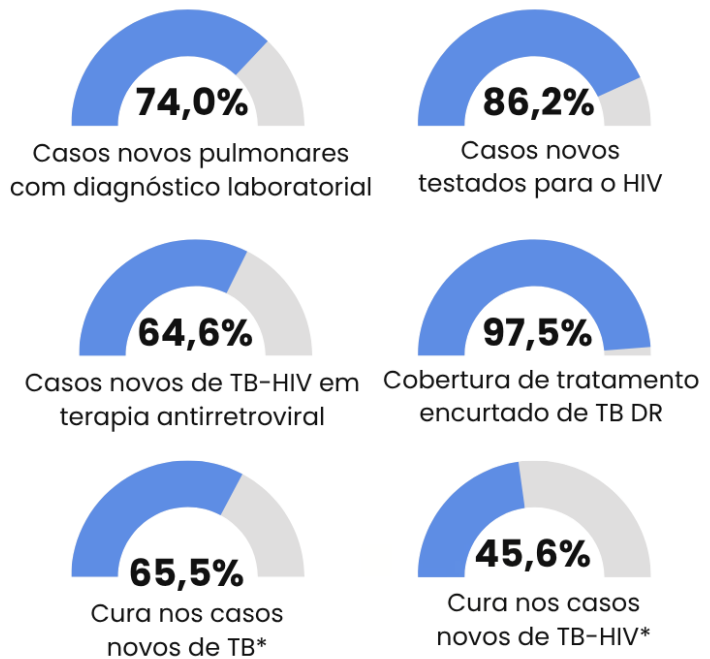
Óbitos por TB
6.376

*IBGE, 2025

Perfil das pessoas com tuberculose, 2025



Cuidado e tratamento da tuberculose, 2025



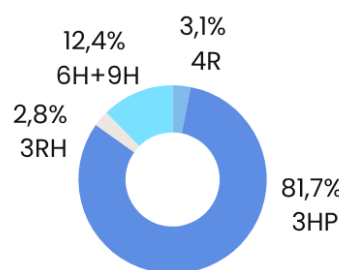
* Pulmonares com confirmação laboratorial. Dados de 2024.

Tratamento preventivo da tuberculose* - TPT, 2025

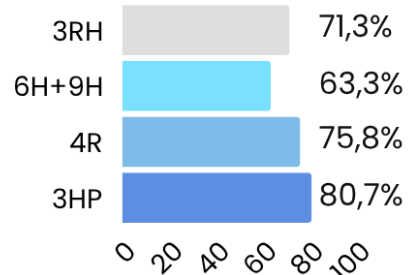
TPT (todos os esquemas)
46.268

Aumento no uso do 3HP
 ▲ **169%**
 em relação a 2022

% esquemas terapêuticos



Completude do TPT, 2024



*6H+9H: Isoniazida; 4R: Rifampicina; 3HP: Rifapentina + isoniazida; 3RH: Rifampicina + isoniazida (dispersíveis).

Notificações de pessoas com tuberculose

Em 2025, o Brasil registrou 84.368 casos novos de TB, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 39,5 casos por 100 mil habitantes. Em comparação a 2024, observou-se uma redução de 2,1% no número de casos novos. Verifica-se uma redução no número de casos, em uma possível reversão do cenário pós-pandemia de covid-19 – porém mantendo-se a TB na agenda nacional como desafio persistente para a saúde pública (Figura 1, Tabelas 1 e 2).

Estimativas internacionais indicavam que, no período de 2020 a 2025, os efeitos indiretos da pandemia de covid-19, como interrupções nos serviços de saúde,

redução do diagnóstico oportuno e atraso no tratamento, resultariam em incremento expressivo da carga global de TB, tendência observada também no contexto brasileiro¹¹⁶.

A recuperação da capacidade de detecção da TB constitui uma evidência relevante da resposta do sistema de saúde brasileiro. Entre 2021 e 2024, o percentual de casos diagnosticados e notificados no país, em relação aos casos estimados, aumentou de 75,8% para 89,0%, aproximando-se da meta global estabelecida pela OMS¹. Esse avanço reflete a resiliência do SUS, bem como o papel central das suas equipes de profissionais e gestores(as) na retomada e no fortalecimento das ações de vigilância e diagnóstico da TB no país.

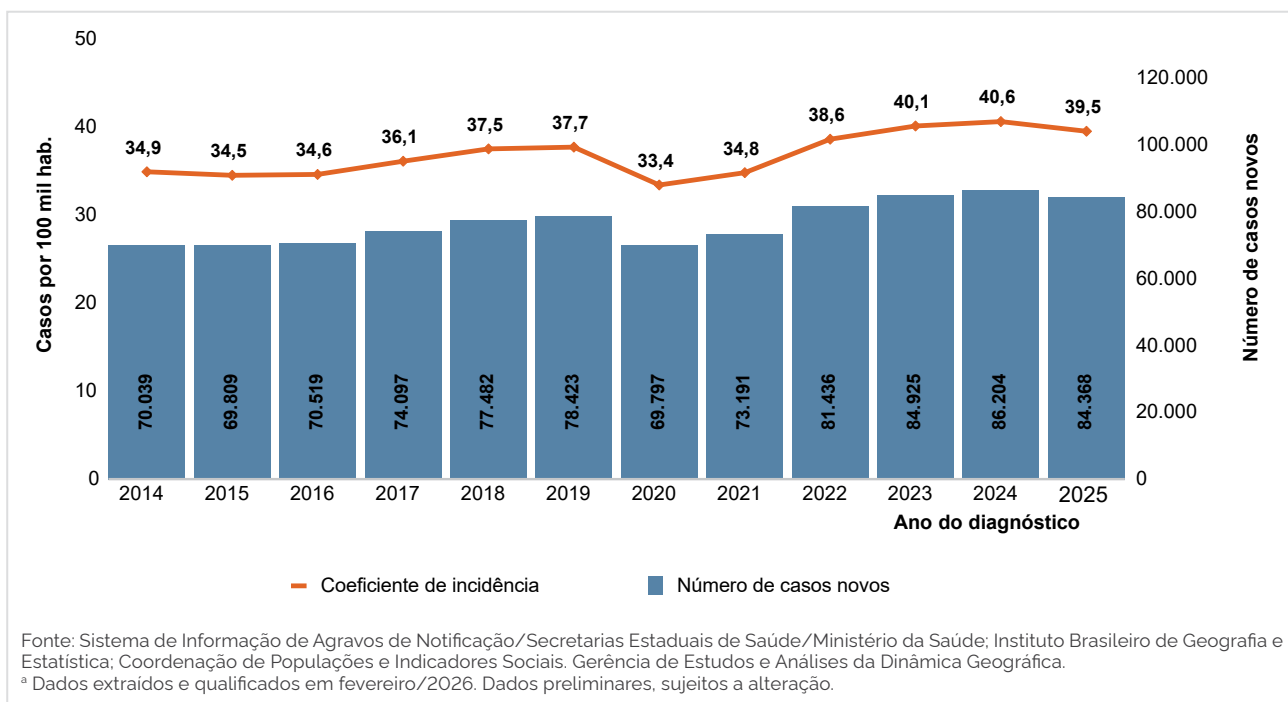


Figura 1 – Coeficiente de incidência (casos por 100 mil habitantes) e número de casos novos de tuberculose. Brasil, 2014 a 2025^a

Em 2025, assim como observado nos anos anteriores, verificou-se acentuada heterogeneidade dos coeficientes de incidência da TB entre as unidades federativas (UF). Nesse conjunto, sete UF apresentaram coeficientes superiores ao terceiro quartil de distribuição da incidência, ou seja, valor acima de 50 casos por 100 mil habitantes: Amazonas

(93,0 casos por 100 mil hab.; n=4.020), Rio de Janeiro (70,6 casos por 100 mil hab.; n=12.162), Roraima (61,2 casos por 100 mil hab.; n=452), Pará (60,0 casos por 100 mil hab.; n=5.225), Amapá (60,0 casos por 100 mil hab.; n=484), Acre (56,8 casos por 100 mil hab.; n=502) e Pernambuco (53,6 casos por 100 mil hab.; n=5.128). Embora a Região Sudeste tenha

concentrado a maior carga absoluta de casos novos ($n=38.130$, 42,9 casos por 100 mil hab.), a Região Norte apresentou a maior incidência entre as cinco regiões do país, com 61,9 casos por 100 mil habitantes ($n=11.636$) (Figura 2, Tabela 1).

A heterogeneidade observada reflete, em grande medida, desigualdades estruturais nas condições de vida, no acesso a bens e serviços essenciais e na organização dos serviços de saúde, elementos reconhecidos como determinantes centrais da transmissão da TB¹⁷.

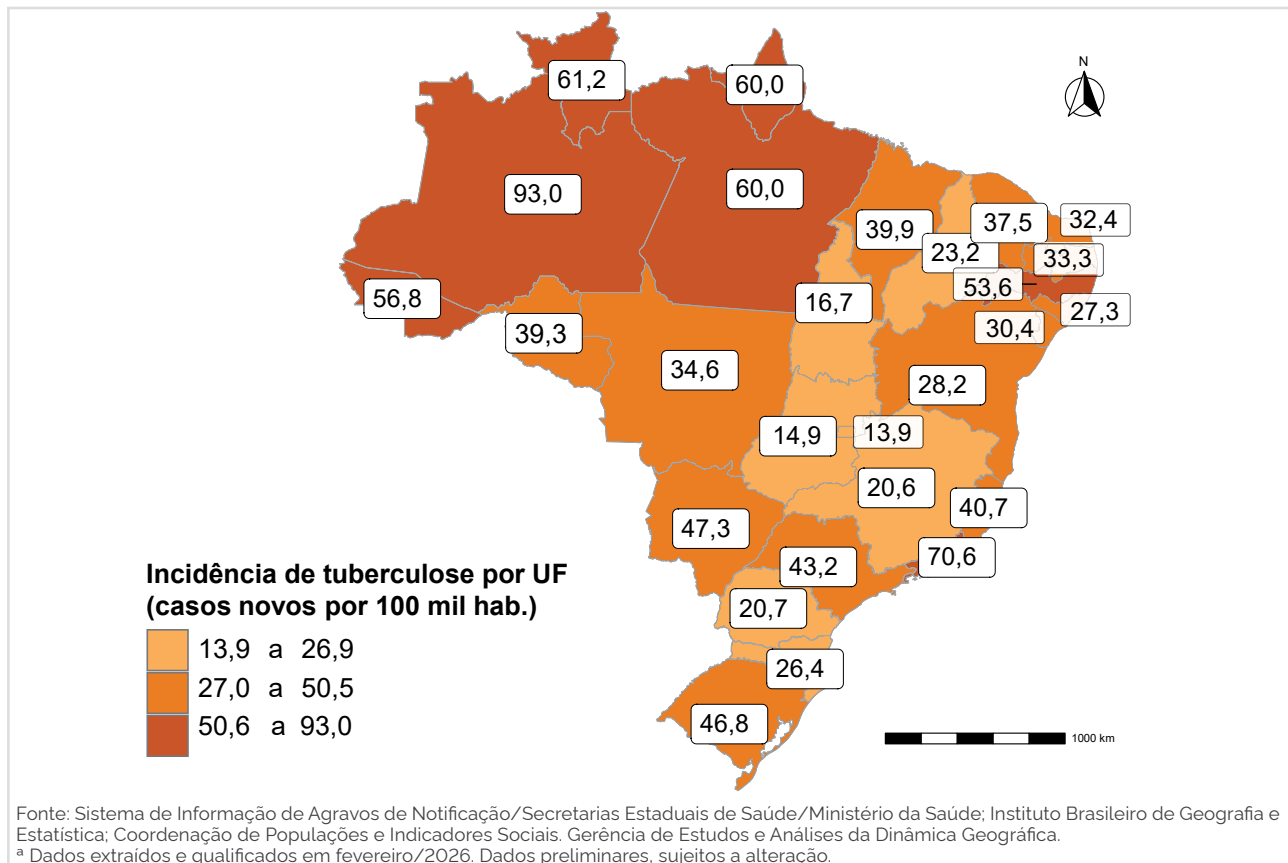


Figura 2 – Coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil habitantes) por unidade federativa (UF). Brasil, 2025^a

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Região Norte, 75,6% dos domicílios particulares permanentes ocupados não estão conectados à rede de esgotamento sanitário, 8,2% da população com 15 anos ou mais é não alfabetizada e 18,9% dos residentes vivem em favelas e comunidades urbanas¹⁸. Esse contexto também favorece a maior exposição a riscos sociais e ambientais, que ampliam a transmissão da TB e dificultam o acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento,

contribuindo para a manutenção de elevados níveis de incidência da doença na região¹⁹.

A redução sustentável da incidência da TB requer, portanto, estratégias multissetoriais articuladas às ações de vigilância em saúde, com foco na priorização territorial, na remoção de barreiras de acesso aos serviços de saúde, no fortalecimento das políticas sociais redistributivas e na redução das iniquidades em saúde que condicionam a transmissão da doença e a progressão para o adoecimento²⁰.

Mortalidade por tuberculose

Após sete anos de estabilidade na mortalidade por TB no Brasil (2014 a 2020), com coeficientes de mortalidade em torno de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes e um número anual de óbitos próximo a 4,5 mil, observou-se, a partir de 2021, um aumento simultâneo do coeficiente e do número de óbitos. Esse crescimento está associado, principalmente, aos impactos da pandemia de covid-19 que provocou redução no diagnóstico oportuno, atrasos no início do tratamento e sobrecarga nos serviços de saúde, além de agravar vulnerabilidades sociais que influenciam o adoecimento e a mortalidade por TB²¹.

Embora se observe um aparente platô epidemiológico do coeficiente de mortalidade entre 2022 (2,8 óbitos por 100 mil hab.) e 2023, (2,8 óbitos por 100 mil hab.), os dados mais recentes sugerem a manutenção de um patamar elevado da mortalidade por TB no país. Entre 2023 e 2024, verificou-se um incremento de 5,8% no número de óbitos e de 7,1% no coeficiente de mortalidade. Em 2024, foram registrados 6.376 óbitos por TB, o maior valor de toda a série, com um coeficiente de mortalidade de 3,0 óbitos por 100 mil habitantes (Figura 3, Tabelas 3 e 4).



Figura 3 – Coeficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) e número de óbitos por tuberculose. Brasil, 2014 a 2024^a

Em 2024, os maiores coeficientes de mortalidade por TB foram registrados nos estados do Amazonas (6,2 óbitos por 100 mil hab., n=266), Pernambuco (5,0 óbitos por 100 mil hab., n=475) e Rio de Janeiro (4,8 óbitos por 100 mil hab., n=829). Nesse mesmo período, 12 UF apresentaram coeficientes acima do valor nacional (3,0 óbitos por 100 mil hab.).

A Região Norte, assim como na incidência, destacou-se pela maior mortalidade entre as regiões do país (4,0 óbitos por 100 mil hab., n=749), sendo que quatro dos seus estados apresentaram coeficientes superiores a 3,0 óbitos por 100 mil habitantes, reforçando o efeito das disparidades regionais persistentes (Figura 4, Tabela 3).

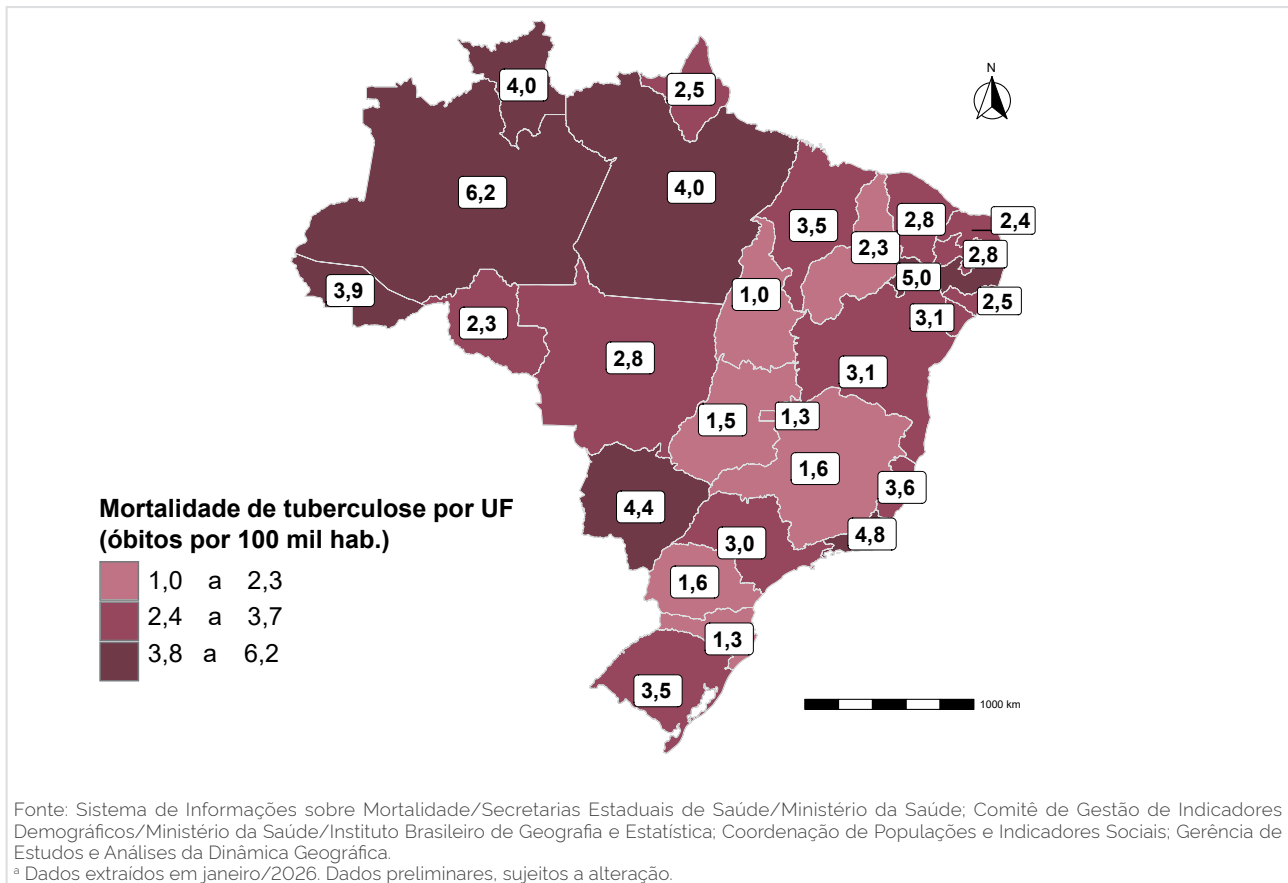


Figura 4 – Coeficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes) por unidade federativa (UF). Brasil, 2014 a 2024^a

O óbito por TB é considerado um evento sentinela, por se tratar de um desfecho evitável. A análise desses óbitos permite identificar fatores associados ao adoecimento e às falhas no cuidado recebido, tanto no nível individual quanto no contexto familiar e comunitário²².

O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose estabeleceu, para 2030, a meta de reduzir o número de mortes por TB para menos de 230 ao ano, em consonância com os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil¹⁰. Os dados recentes evidenciam que o alcance dessa meta permanece um desafio substancial para o cenário nacional, exigindo o fortalecimento da governança federativa e do engajamento articulado entre União, estados e municípios, de acordo com as respectivas atribuições. Somado a isso, intervenções eficazes devem incorporar, de forma estruturada, o envolvimento das comunidades, de lideranças locais e da

sociedade civil organizada, com foco na redução de barreiras de acesso aos serviços de saúde, fortalecendo a adesão ao tratamento e a prevenção de desfechos desfavoráveis²³.

Nesse âmbito, a vigilância de óbitos com menção de TB surge como uma importante estratégia para melhoria da qualificação dos dados, além de permitir reflexões epidemiológicas e operacionais que contribuam para o fortalecimento da linha de cuidado da TB. A Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmica e Micobactérias Não Tuberculosas (CGTM/Dathi/SVSA/MS), por meio de oficinas de vigilância do óbito com menção de TB, tem apoiado os programas estaduais e municipais de controle da TB na adoção dessa estratégia, em parceria com diferentes atores. Esse trabalho segue as orientações do Protocolo para vigilância do óbito com menção de tuberculose nas causas de morte²⁴.

Perfil sociodemográfico das pessoas com tuberculose

A avaliação dos casos novos de TB por recortes de sexo, idade e raça/cor evidenciam as iniquidades e a influência dos fatores de determinação social intrinsecamente ligados à ocorrência da TB no cenário nacional. Dos 84.368 casos notificados em 2025, observou-se que 68,4% (n=57.699) ocorreram em pessoas do sexo masculino. Os casos novos permanecem concentrados em adultos do sexo masculino, com maior frequência na faixa etária de 20 a 34

anos. A análise dos coeficientes de incidência por faixa etária no último ano reforça esse perfil epidemiológico. O grupo de 20 a 34 anos apresentou os maiores valores tanto entre pessoas do sexo masculino (80,1 por 100 mil hab.) quanto entre pessoas do sexo feminino (32,6 por 100 mil hab.). Contudo, a incidência em indivíduos do sexo masculino com 20 anos ou mais permanece 2,5 vezes superior àquela observada no sexo feminino e acima do coeficiente nacional (39,5 por 100 mil hab.). Essa diferença entre os sexos é menos pronunciada entre crianças e pessoas jovens de 0 a 19 anos (Figura 5).

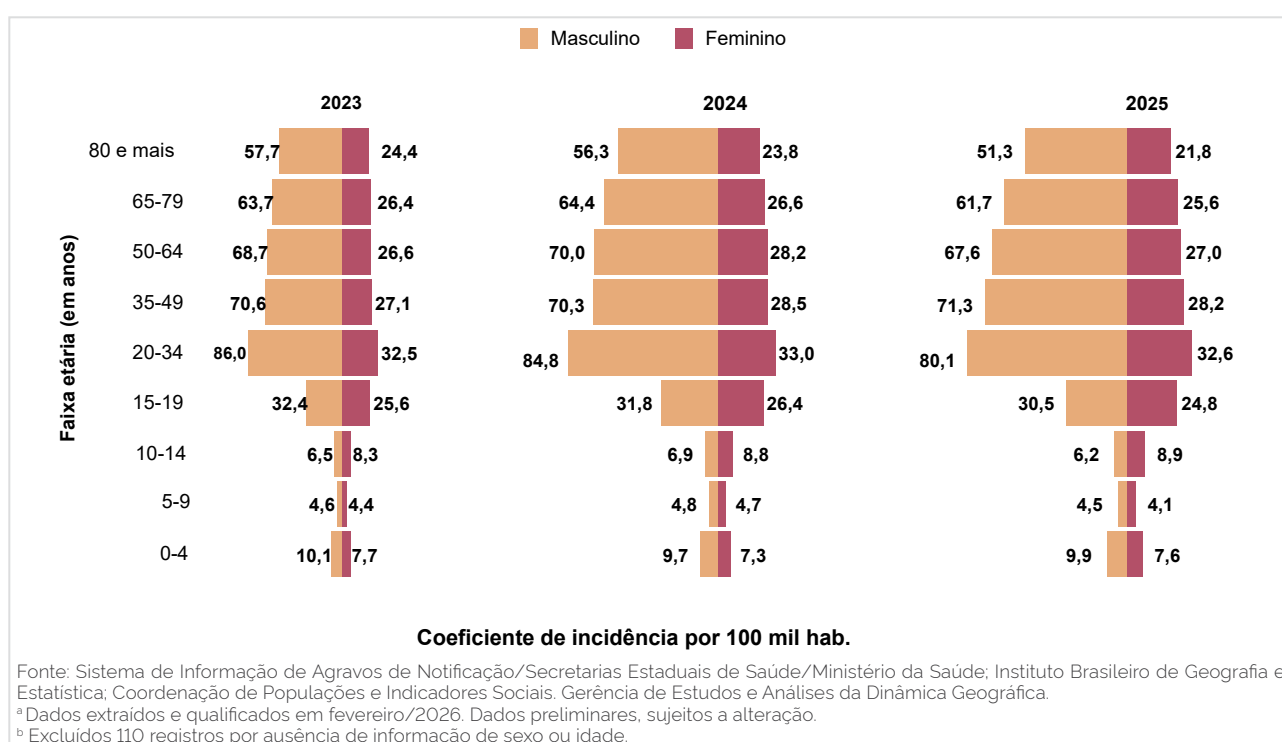


Figura 5 – Coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil habitantes) por sexo e faixa etária. Brasil, 2023 a 2025^{a,b}

Desde 2021, mais da metade das notificações de TB permanece concentrada em pessoas autodeclaradas pardas. Em 2025, 52,1% (n=43.928) dos casos novos de TB ocorreram nesse grupo, que, somado às pessoas autodeclaradas pretas, totaliza 65,7% (n=55.444) dos registros (Figura 6).

Destaca-se ainda a redução da incompletude da variável raça/cor entre os casos novos de TB no país. Em 2025, 4,8% (n=4.080) dos casos novos não apresentaram preenchimento dessa informação, percentual inferior ao observado

em 2014, quando a incompletude era de 8,0% (n=5.608) (Figura 6). A melhoria na completude desse dado representa um avanço na qualidade dos dados epidemiológicos, ampliando a capacidade de análise de desigualdades raciais na ocorrência da TB. A disponibilidade de informações qualificadas é fundamental para subsidiar políticas públicas orientadas pela equidade, permitindo a identificação de grupos populacionais mais vulnerabilizados e o direcionamento de ações mais efetivas.

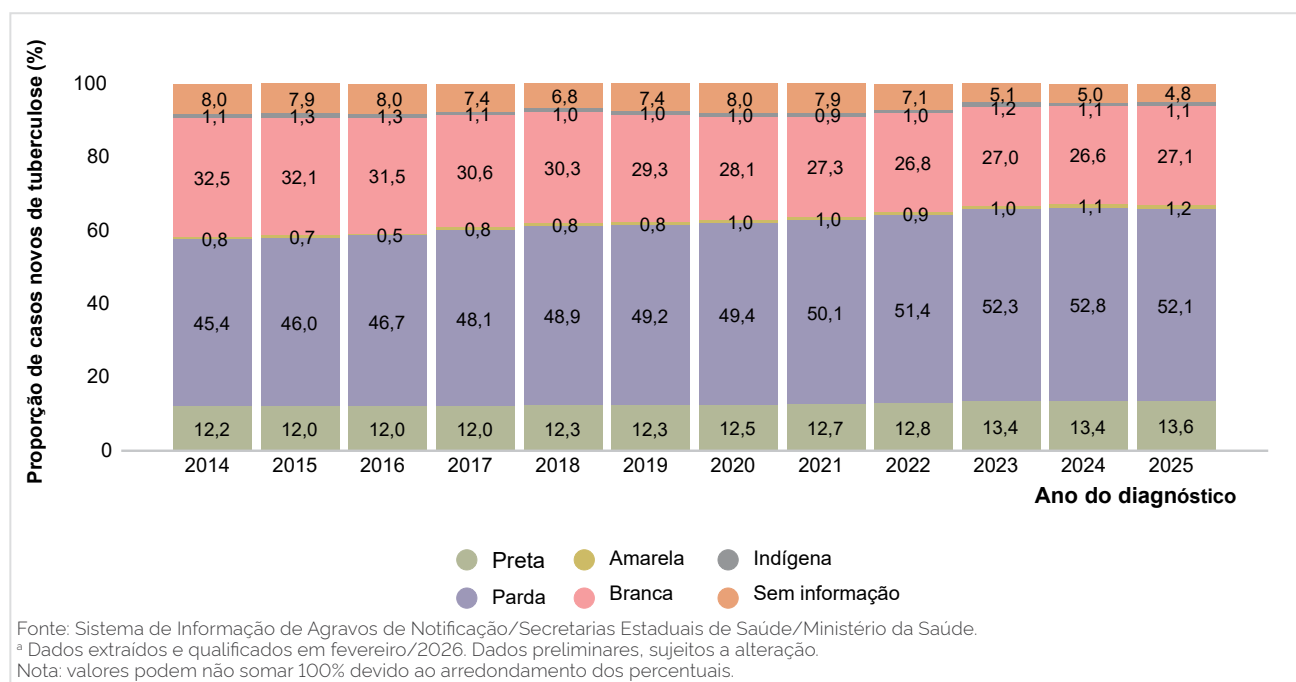


Figura 6 – Proporção de casos novos de tuberculose por raça/cor. Brasil, 2014 a 2025^a

Entende-se que a doença se concentra, majoritariamente, em contextos marcados pela pobreza e pela precariedade das condições de vida e de trabalho, nos quais o acesso à renda, à moradia adequada e à alimentação é limitado. Nessas circunstâncias, observa-se maior exposição à infecção e maiores dificuldades de acesso oportuno aos serviços de saúde, o que pode comprometer a continuidade do cuidado, especialmente entre pessoas pretas e pardas e outros grupos historicamente marginalizados²⁵⁻²⁷.

Tuberculose na infância

A TB em crianças e adolescentes ainda é um desafio, pois exige abordagens específicas no âmbito da vigilância, diagnóstico e cuidado¹. A TB na infância é frequentemente subdiagnosticada em razão das manifestações clínicas inespecíficas e das limitações dos métodos diagnósticos nessa faixa etária^{28,29}.

Em 2025, 3.309 casos novos de TB ocorreram em pessoas com até 15 anos, o que equivale a 3,9% do total de casos novos registrados no país. Considerando apenas os casos novos nessa faixa etária, houve predominância de pessoas com 11 a 15 anos (43,5%, n=1.440). Em seguida, as crianças de 0 a 4 anos representaram 33,6% (n=1.113) dos casos, e as de 5 a 10 anos, 22,8%

Nesse cenário, o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose prevê, dentre diversas ações, o fortalecimento da articulação intra e intersetorial e o desenvolvimento de estratégias com setores para além da saúde, buscando o trabalho conjunto para promover proteção e justiça social, equidade e acesso à saúde, independentemente de gênero ou raça⁸.

(n=756). Entre 2014 e 2025, a faixa etária de 11 a 15 anos concentrou a maior proporção de casos ao longo de todo o período (Figura 7, Tabelas 5 e 6).

Ao analisar o número absoluto de casos novos no período de 2014 a 2025, verificou-se aumento em todas as faixas etárias avaliadas, com magnitudes distintas. O aumento da incidência de TB em crianças e adolescentes pode estar relacionado ao incremento do risco de transmissão recente da doença, à ampliação da capacidade diagnóstica, à busca ativa de contatos e à melhoria na suspeição diagnóstica, dentre outros fatores. Entretanto, em menores de 5 anos de idade, deve-se ressaltar o maior risco de progressão para formas graves da TB, o que destaca a importância das ações de vacinação com a BCG e da organização do cuidado voltado à infância¹.

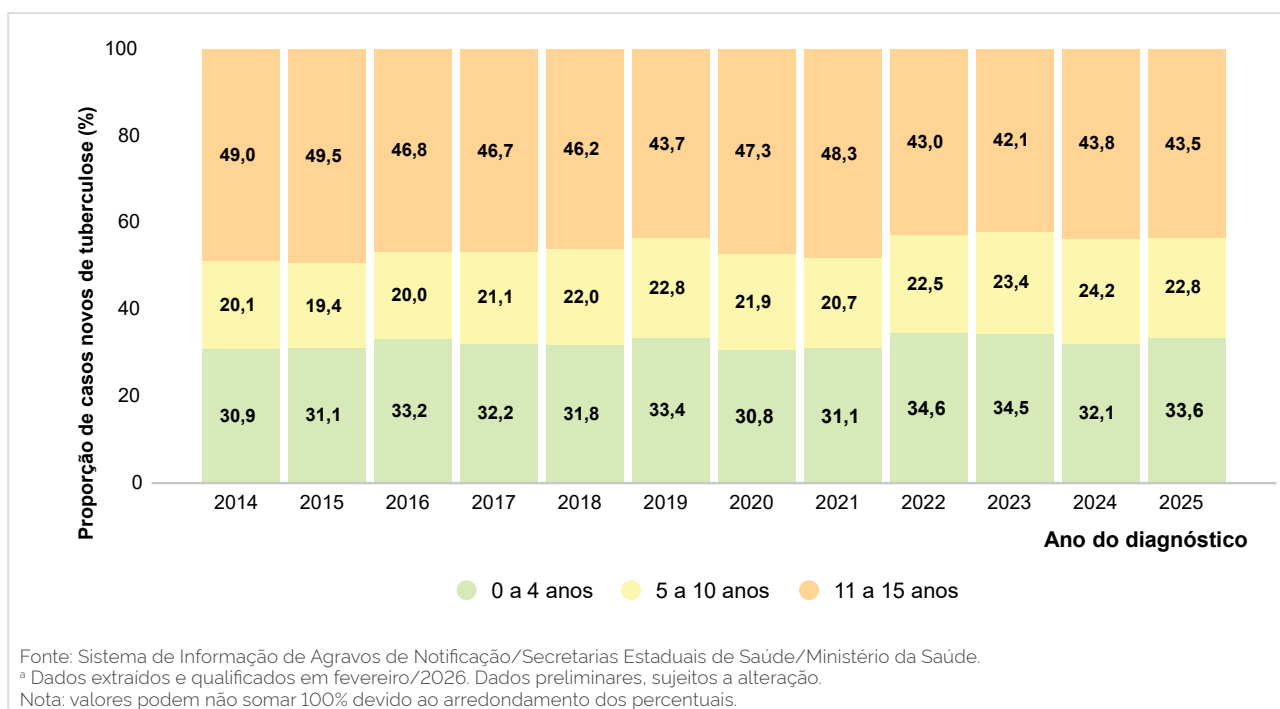


Figura 7 – Proporção de casos novos de tuberculose segundo faixas etárias até 15 anos de idade. Brasil, 2014 a 2025^a

Diagnóstico das pessoas com tuberculose

O diagnóstico laboratorial constitui pilar estratégico para a eliminação da TB, sendo fundamental na detecção precoce da doença para início oportuno do tratamento e queda na transmissão, identificação da resistência aos fármacos, monitoramento da resposta ao tratamento e produção de informações qualificadas para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações voltadas à eliminação da TB. A ampliação do acesso a métodos diagnósticos oportunos e mais sensíveis é especialmente relevante em populações em situação de maior vulnerabilidade social, nas quais as barreiras de acesso aos serviços de saúde podem retardar o diagnóstico e início do tratamento^{30,31}.

Entre 2014 e 2025, observou-se aumento gradual na proporção de casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial no país, com discretas oscilações ao longo da série histórica. Após relativa estabilidade no período pré-pandemia, os percentuais cresceram a partir de 2021 (74,0%, n=47.473), atingindo o maior patamar em 2023 (76,6%, n=57.192). Nos dois anos subsequentes, registrou-se redução (de 75,3% n=56.388 em 2024 para 74,0%, n=53.694 em 2025),

embora os valores permaneçam superiores aos registrados no início da série (Figura 8, Tabelas 7 e 8). A tendência observada sugere avanço e manutenção da capacidade diagnóstica e ampliação do acesso aos exames laboratoriais.

Ao longo dos anos, o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias têm buscado reduzir as barreiras para o diagnóstico de qualidade no país. A partir da implementação do TRM-TB no Brasil em 2014, e da sua posterior expansão, esse método passou a ser utilizado como estratégia inicial para o diagnóstico da TB e detecção da resistência à rifampicina. Essa incorporação representou um importante avanço, reduzindo atrasos diagnósticos e favorecendo o início oportuno do tratamento adequado^{31,32}.

O quantitativo de TRM-TB apresentou crescimento expressivo nos últimos anos. Ao comparar 2021 (n=407.513), ano que marca a retomada progressiva das atividades diagnósticas após os impactos mais intensos da pandemia de covid-19, com 2025 (n=718.435), observa-se um aumento de 76,3% no volume de exames realizados (Figura 9). Esse incremento sugere ampliação do acesso a métodos diagnósticos mais sensíveis e rápidos, refletindo esforços de qualificação da rede laboratorial e de descentralização do diagnóstico.

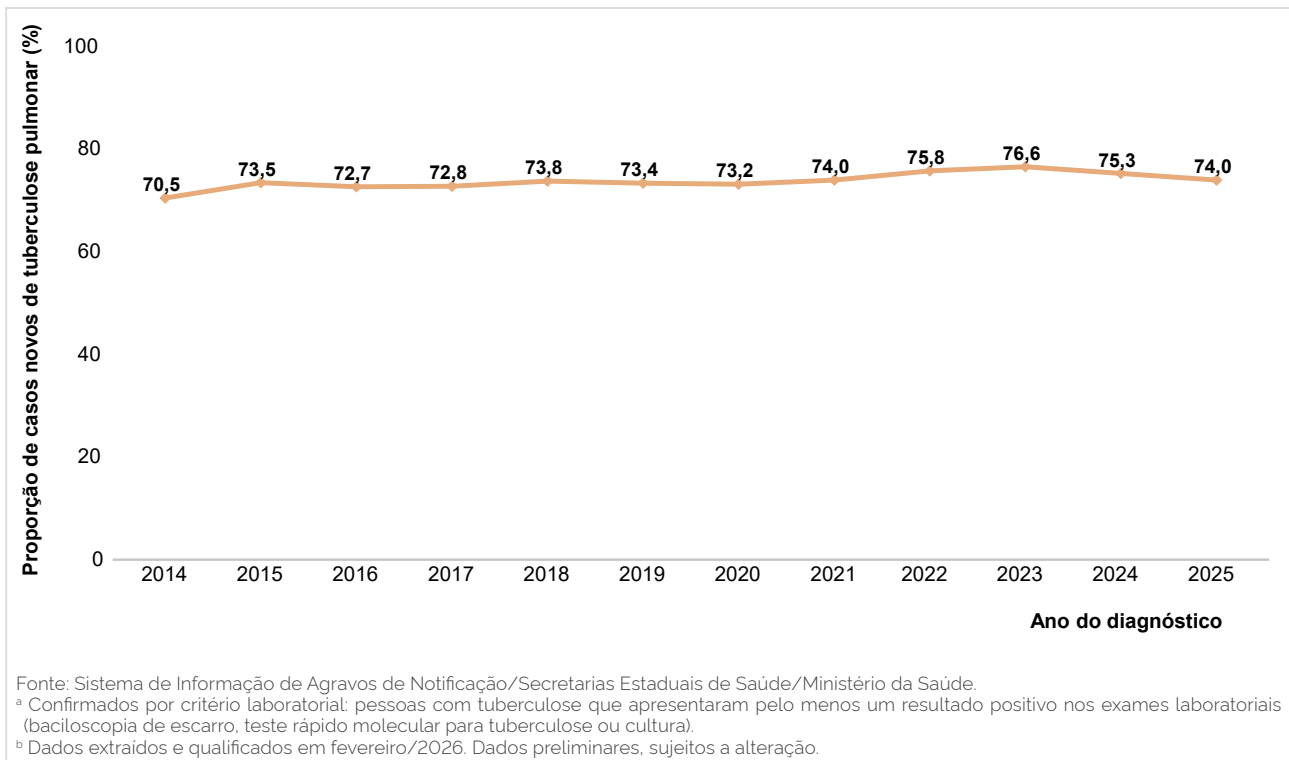


Figura 8 – Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial^a. Brasil, 2014 a 2025^b

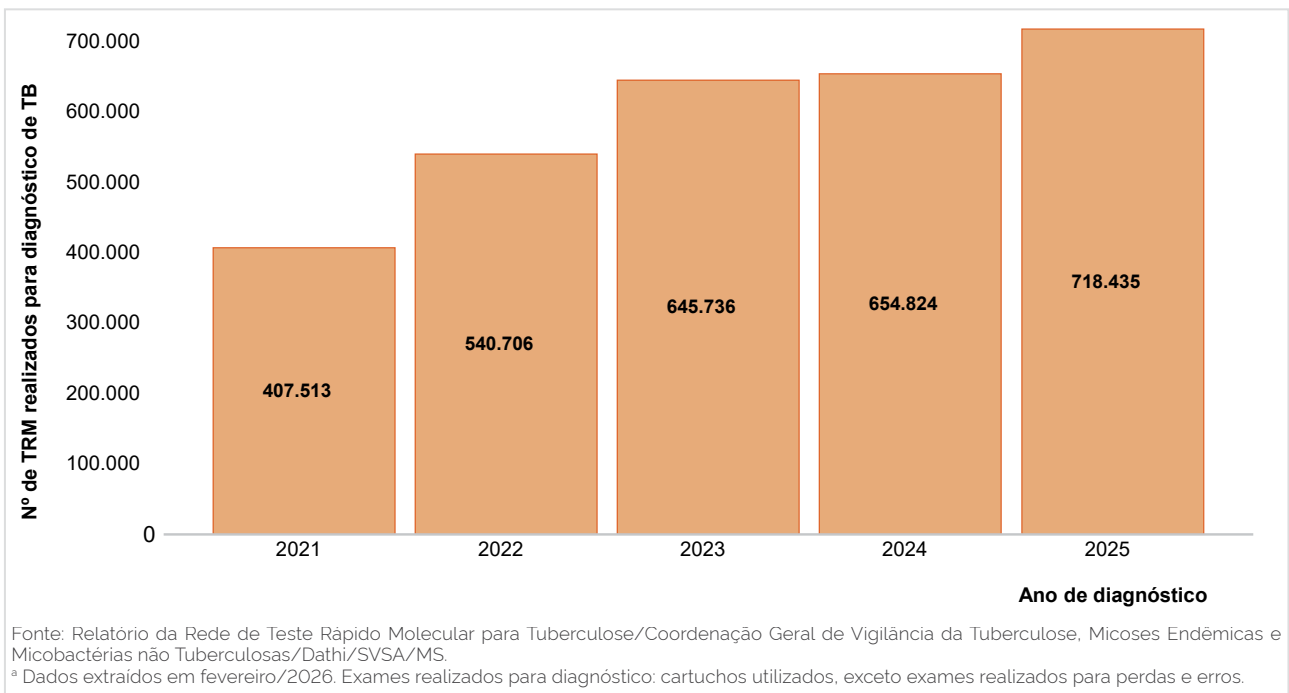


Figura 9 – Número de testes rápidos moleculares (TRM) realizados para o diagnóstico da tuberculose. Brasil, 2021 a 2025^a

Nacionalmente, 10,3% (n=73.419) dos TRM-TB realizados tiveram resultado detectado para TB, com variação entre os estados (5,7% em Mato Grosso a 17,7% no Rio de Janeiro) em 2025

(Figura 10). É importante ressaltar que maiores porcentagens de detecção não refletem necessariamente melhor desempenho e organização dos serviços. Portanto, concentrar

a testagem em pessoas com sinais e sintomas muito evidentes pode inflar a positividade

e indicar predominância de estratégias de busca passiva^{31,33}.

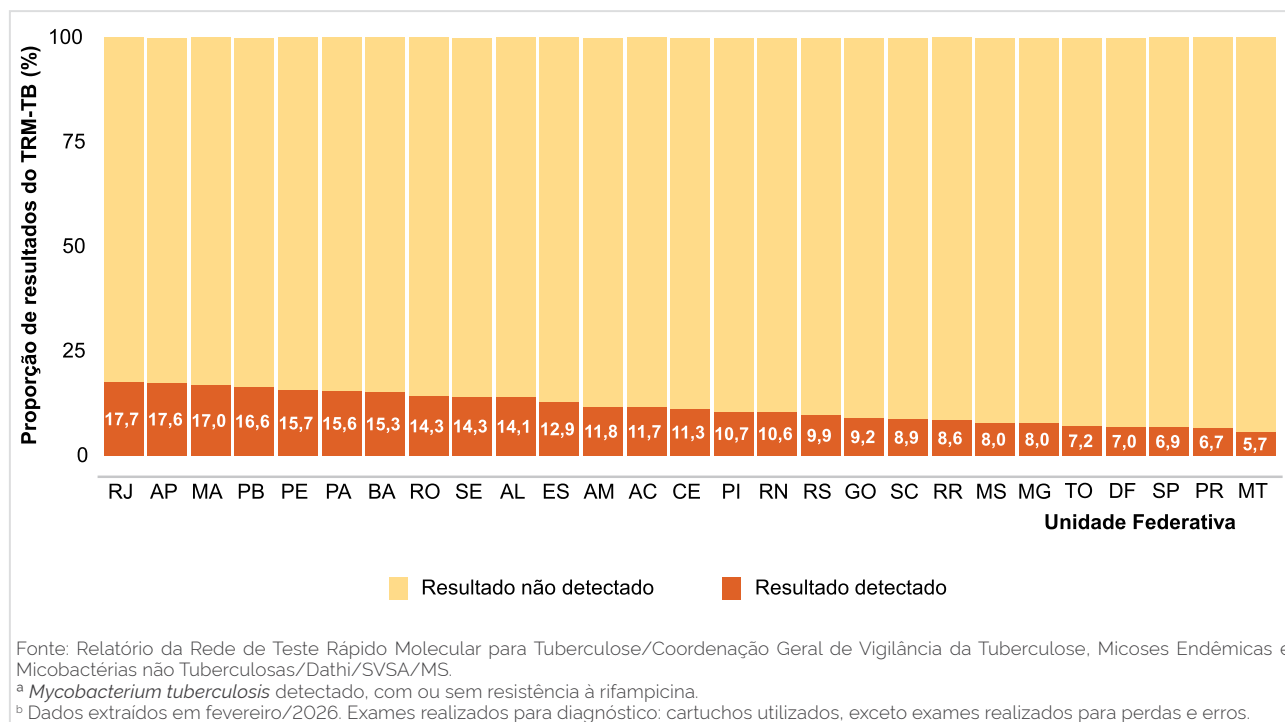


Figura 10 – Proporção de resultados do teste rápido molecular para diagnóstico de tuberculose (TRM-TB)^a por unidade federativa de realização do exame. Brasil, 2025^b

Apesar do avanço observado, são necessárias estratégias adicionais nos territórios para o alcance da meta da Estratégia pelo Fim da TB e das recomendações da OMS, que preconizam que 90% ou mais dos casos novos sejam diagnosticados por testes rápidos³⁴. Portanto, devem-se fortalecer ações com a participação ativa das coordenações estaduais de controle da TB, em articulação com a rede laboratorial, contemplando a realização de diagnósticos situacionais e a construção de fluxos de acesso à rede diagnóstica compatíveis com a realidade local. Tais iniciativas devem permitir a identificação e superação de barreiras operacionais que possam limitar o acesso ao diagnóstico oportuno.

Adicionalmente, os recursos transferidos a estados e municípios no âmbito da Portaria de Incentivo¹⁵ podem ser empregados para a execução dessas ações, bem como para a qualificação da rede diagnóstica, incluindo aquisição de insumos para as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica, organização do transporte de amostras, manutenção e reforma de equipamentos e estruturas, entre

outras iniciativas voltadas ao fortalecimento do acesso ao diagnóstico oportuno.

A análise do acesso aos exames laboratoriais entre casos novos de TB no Brasil mostra mudança relevante no padrão diagnóstico entre 2019 e 2025, com transição do modelo historicamente centrado na baciloscopia para um maior protagonismo do TRM-TB: a baciloscopia isolada diminuiu de 36% (n=23.645) para 23% (n=16.786), enquanto o uso do TRM-TB isolado praticamente dobrou (de 8%, n=5.178 para 15%, n=10.605), além do aumento das combinações que incluem TRM-TB, especialmente baciloscopia + TRM-TB (de 11%, n=7.370 para 18%, n=12.747). A cultura isolada manteve participação residual (≈1%) em ambos os anos. Apesar da ampliação do uso de métodos moleculares, a proporção de casos sem confirmação laboratorial permaneceu estável (14%, n=9.564 em 2019 e 15%, n=10.829 em 2025), indicando avanços na incorporação tecnológica, mas persistência de desafios para ampliar a cobertura e a integração diagnóstica (Figura 11).

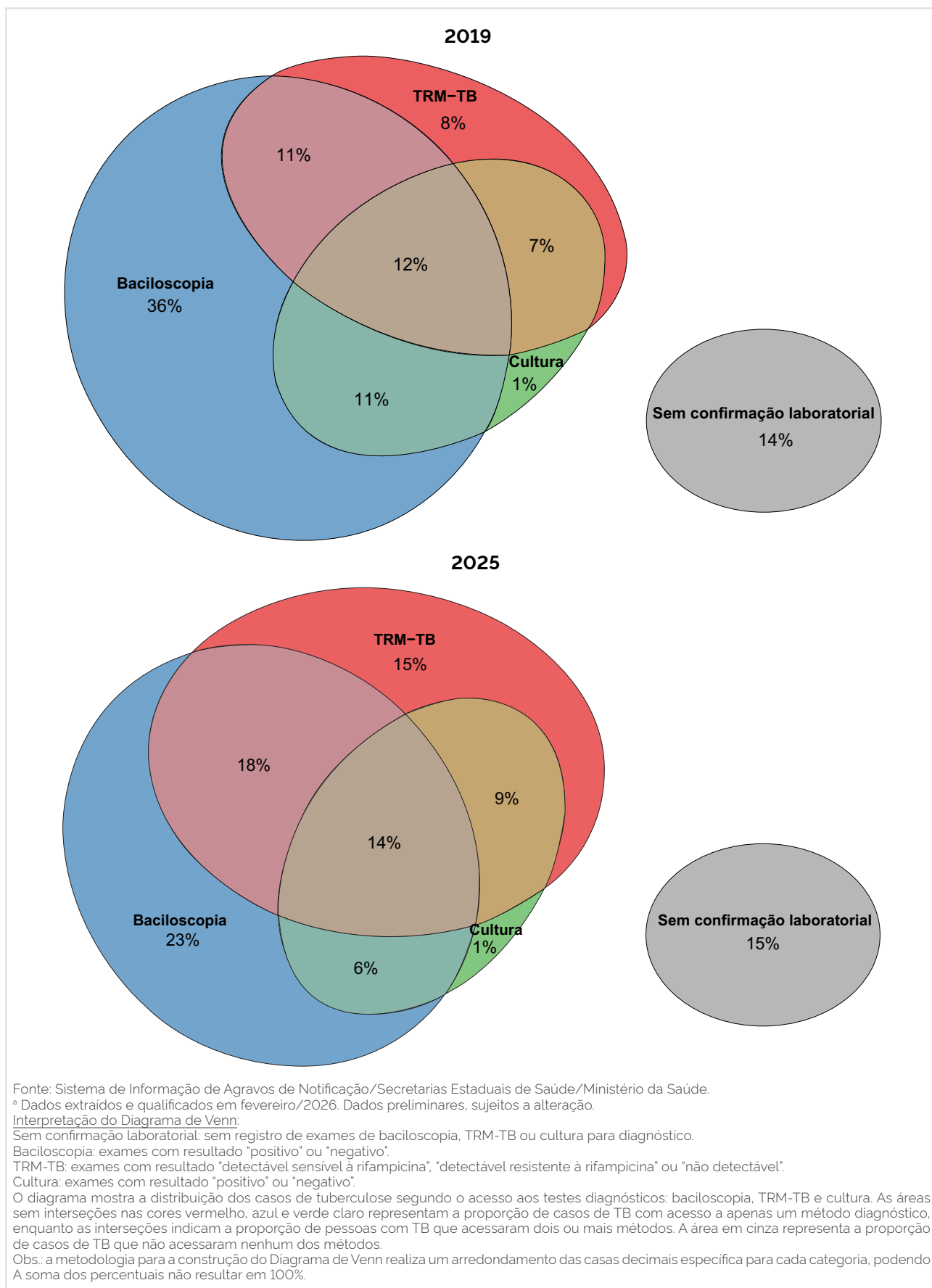


Figura 11 – Proporção de realização isolada e combinada de baciloscopia, teste rápido molecular (TRM-TB) e cultura entre os casos novos de tuberculose^a. Brasil, 2019 e 2025

Coinfecção tuberculose-HIV

Além de as pessoas vivendo com HIV e/ou aids apresentarem risco 23 vezes maior de desenvolver TB quando comparadas à população geral, a coinfecção TB-HIV está associada a importantes complicações clínicas e dificuldades na adesão ao tratamento. Nesse contexto, o Brasil destaca-se como o único país das Américas incluído na lista de países prioritários da OMS para a carga de TB-HIV^{1,2}.

A proporção de coinfecção TB-HIV apresentou crescimento no Brasil a partir de 2023, ano em que 9,5% (n=8.105) dos casos novos de TB foram diagnosticados em pessoas vivendo com HIV e/ou aids. Em 2025, observou-se a maior proporção de coinfecção da série histórica, 14,0% (n=11.809), um aumento de 47,4% em relação a 2023 (Figura

12, Tabelas 9 e 10). Esse dado é corroborado pela incorporação, em 2021, do teste de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano na urina (LF-LAM), que possibilita o diagnóstico precoce da TB em pessoas vivendo com HIV e/ou aids em imunossupressão.

Embora a coinfecção tenha aumentado ao longo dos últimos anos, a testagem para o HIV nos casos novos de TB diminuiu discretamente em 2025. Apesar do aumento da testagem para HIV observado desde 2014, com maior valor em 2024 (88,4%, n=86.204), observou-se, em 2025, uma redução de 2,5% em relação ao ano anterior (86,2%, n=72.723). É importante destacar que os dados referentes a 2025 são preliminares e poderão sofrer atualizações à medida que novas informações forem incorporadas aos sistemas de vigilância (Figura 12).

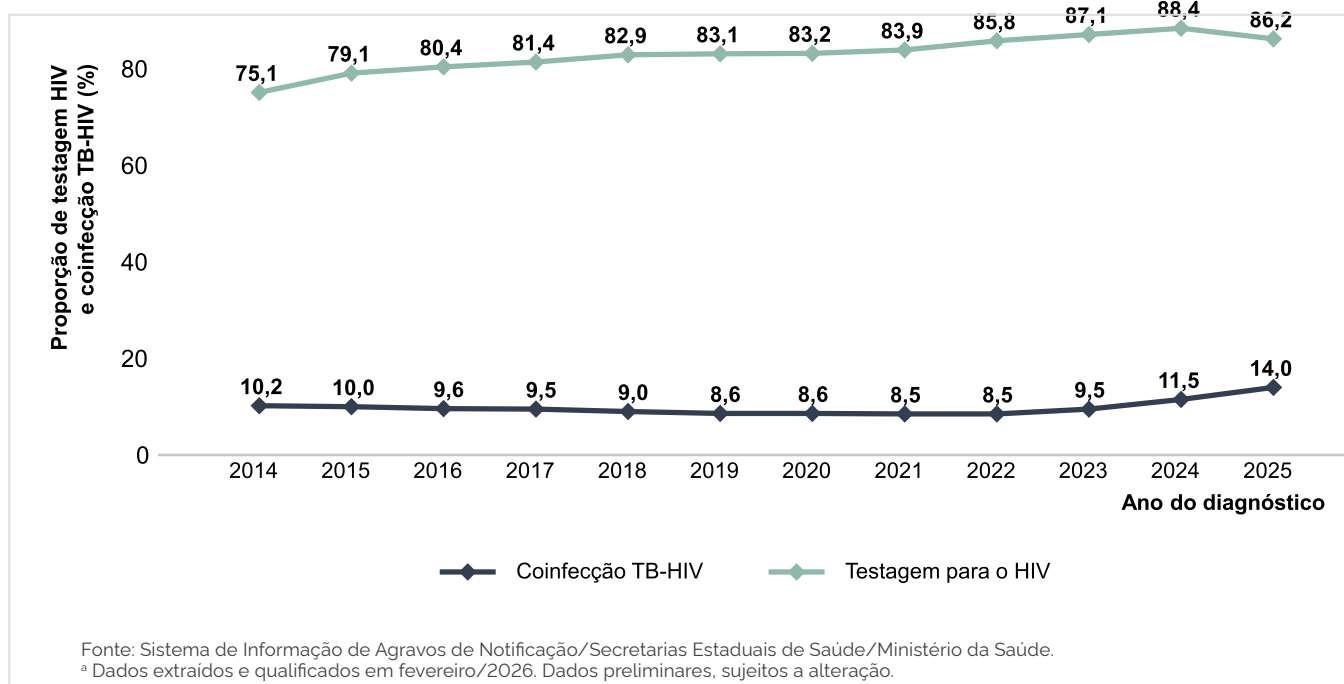


Figura 12 – Proporção de testagem para o HIV e de coinfecção TB-HIV entre os casos novos de tuberculose. Brasil, 2014 a 2025^a

Em 2025, 13 estados apresentaram proporção de testagem para o HIV em casos novos de TB acima da média nacional (86,2%), com destaque para Amapá (96,9%; n=469), Roraima (96,5%; n=436), Acre (95,8%; n=481), Mato Grosso (91,3%; n=1.232), São Paulo (90,2%; n=17.944) e Rio Grande do Sul (90,2%; n=4.742). Em contraste, Paraíba (21,0%; n=291), Piauí (74,2%; n=583), Bahia (76,0%; n=3.191), Pernambuco (77,6%; n=3.980) e

Espírito Santo (81,1%; n=1.361) apresentaram as menores proporções de testagem. Os estados com as maiores proporções de coinfecção TB-HIV foram Paraíba (21,0%; n=291), Amapá (20,7%; n=100), Goiás (20,7%; n=229), Pará (20,7%; n=1.080) e Roraima (19,5%; n=88) (Figura 13).

O aumento na testagem para o HIV pode contribuir para a identificação de um maior número de casos de coinfecção TB-HIV,

refletindo uma melhora na detecção oportuna, e não necessariamente um aumento real da transmissão. Por outro lado, as UF que apresentam altas proporções de coinfeção associadas a baixa cobertura de testagem podem sinalizar fragilidades na rede de atenção

no que tange ao diagnóstico da pessoa com HIV e no cuidado à pessoa com TB. A detecção precoce do HIV possibilita a introdução oportuna da terapia antirretroviral (Tarv), o que reduz desfechos desfavoráveis como o óbito (Figura 13, Tabelas 9 e 10).

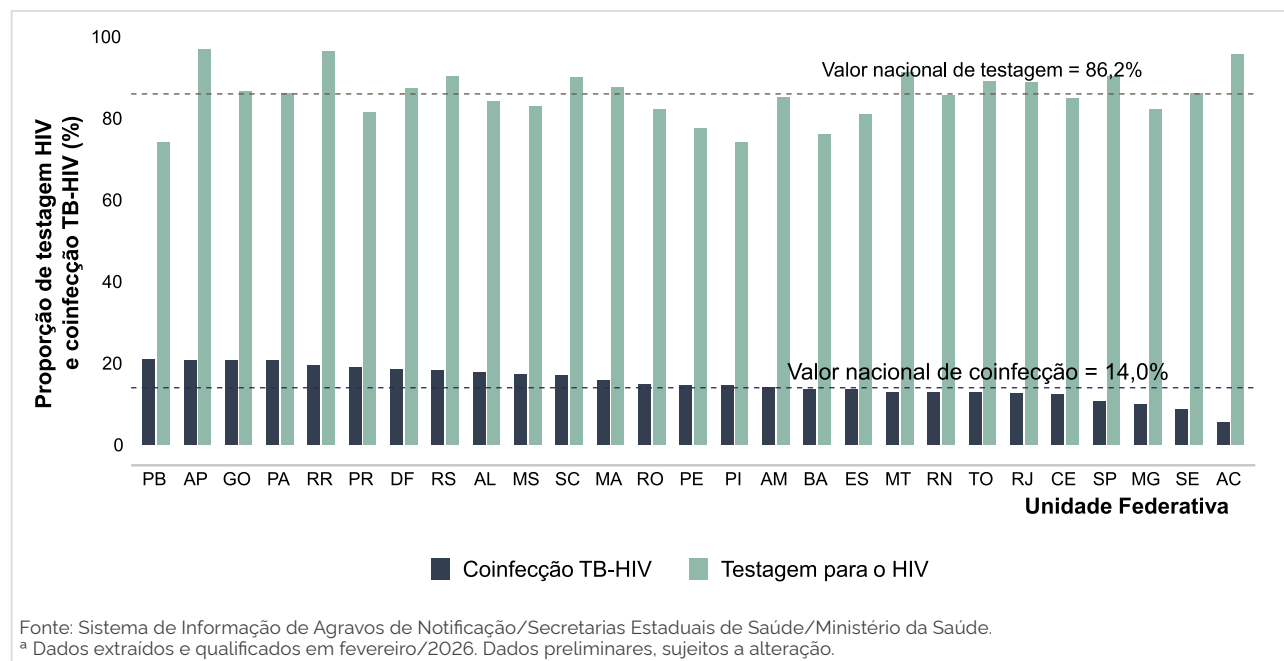


Figura 13 – Proporção de testagem para o HIV e de coinfeção tuberculose-HIV entre os casos novos de tuberculose por unidade federativa. Brasil, 2025^a

O aumento da coinfeção TB-HIV no país em anos mais recentes está associado, além da possível ampliação da transmissão, ao aumento da testagem para HIV, à disponibilização do teste rápido LF-LAM para diagnóstico de TB em pessoas vivendo com HIV e/ou aids desde 2023 e à melhoria da qualidade da informação. Além disso, deve-se considerar a ocorrência de diagnóstico tardio do HIV, uma vez que o contexto da imunossupressão severa (contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 200 células/mm³) proporciona condições biológicas favoráveis ao adoecimento por TB³⁵. Esse resultado evidencia a necessidade de intensificação das estratégias preventivas voltadas às pessoas vivendo com HIV e/ou aids.

Nesse contexto, o TPT constitui medida central para a redução do risco de adoecimento por TB entre pessoas vivendo com HIV e/ou aids, população com elevada probabilidade de progressão da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB). Há evidências robustas de sua eficácia na prevenção de

casos futuros³⁶, especialmente por meio do esquema encurtado com rifapentina e isoniazida administradas semanalmente por três meses (3HP), atualmente priorizado no país³⁷. A investigação da ILTB pode ser realizada previamente ao TPT quando indicado (contagem de linfócitos T CD4+ acima de 350 células/mm³); contudo, em situações de maior vulnerabilidade imunológica, o início do tratamento preventivo não deve ser postergado pela ausência de testagem, considerando o elevado risco de desenvolvimento de TB nesses casos³⁸.

Adicionalmente, o tratamento do HIV com Tarv configura uma das intervenções mais efetivas para a prevenção da TB em pessoas vivendo com HIV e/ou aids, com redução de até 84% no risco de desenvolvimento da doença, independentemente da contagem basal de linfócitos T CD4+. A Tarv reduz a imunossupressão associada ao HIV, o que diminui a probabilidade de reativação da ILTB e de progressão para doença³⁹.

Por fim, intervenções estruturais voltadas à mitigação de determinantes sociais e fatores socioeconômicos associados às diferentes vulnerabilidades também contribuem para a prevenção da TB ao reduzirem exposições e barreiras de acesso ao cuidado, devendo ser articuladas às estratégias biomédicas no enfrentamento da coinfeção TB-HIV⁴⁰.

Acerca do uso da Tarv na coinfeção TB-HIV no Brasil, os dados apresentam aumento desde 2015 (35,6%; n=2.495), com um crescimento expressivo no primeiro triênio da série histórica. As proporções de Tarv entre os casos novos de coinfeção TB-HIV apresentaram relativa estabilidade no período de 2018 e 2022. O maior valor da série foi observado no ano de

2024, com 65,4% (n=6.514) de uso de Tarv, sendo os dados de 2025 ainda considerados preliminares (Figura 14). As proporções de Tarv estão aquém do necessário, considerando que o início oportuno da terapia é uma ação prioritária para garantir a atenção integral às pessoas vivendo com TB-HIV. O acesso à Tarv deve ocorrer nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) ou em outros serviços que acompanham pessoas vivendo com HIV e/ou aids³⁵. Para tanto, é essencial a integração de serviços e das ações entre os programas de controle de TB e de HIV nos estados e municípios, reforçando fluxos laboratoriais e assistenciais que garantam o acesso integral à cascata do cuidado a essas pessoas⁴¹.

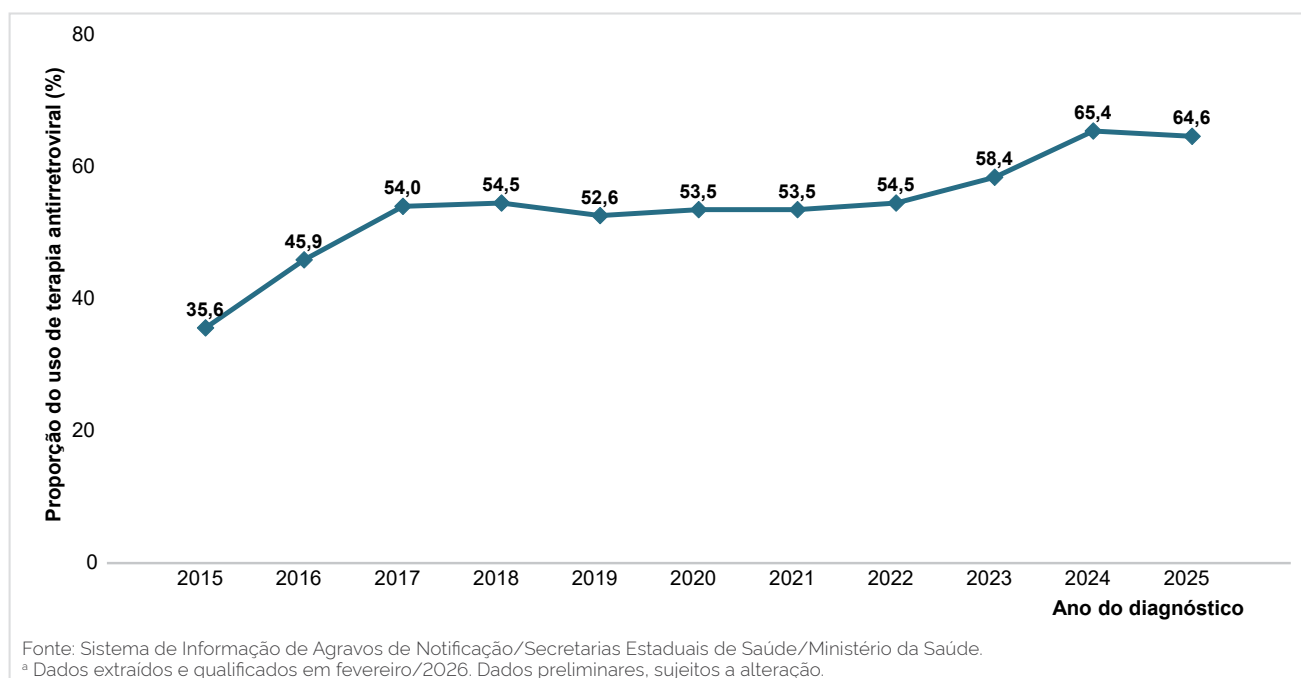


Figura 14 – Proporção do uso de terapia antirretroviral entre casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids. Brasil, 2015 a 2025^a

Em 2025, o uso de Tarv entre pessoas com coinfeção TB-HIV variou de 44% a 89% entre as UF. Quinze UF ficaram acima da média nacional (64,6%) e os maiores valores foram identificados em Roraima (88,6%, n=78), Tocantins (85,3%, n=29) e Distrito Federal 84,4% (n=65). Entre as 12 UF abaixo do valor nacional, Alagoas (44,6%; n=70), Pará (50,2%; n=542) e Ceará (53,5%; 228), destacaram-se com as menores proporções (Figura 15).

Em relação à cura da TB nas pessoas vivendo com HIV e/ou aids, a série histórica de 2012 a 2024 mostra uma redução a partir de 2018. O ano de 2024 foi o que deteve a menor proporção dos últimos 13 anos (45,6%, n=4.387), um decréscimo de 3,6% em relação a 2023 (47,3%, n=3.697). Por outro lado, a proporção de interrupção do tratamento da TB apresentou aumento desde o início da série histórica. Em 2024, 20,5% (n=1.971) dos casos tiveram esse desfecho, o que corresponde a um incremento de 30% em comparação com 2012 (Figura 16).

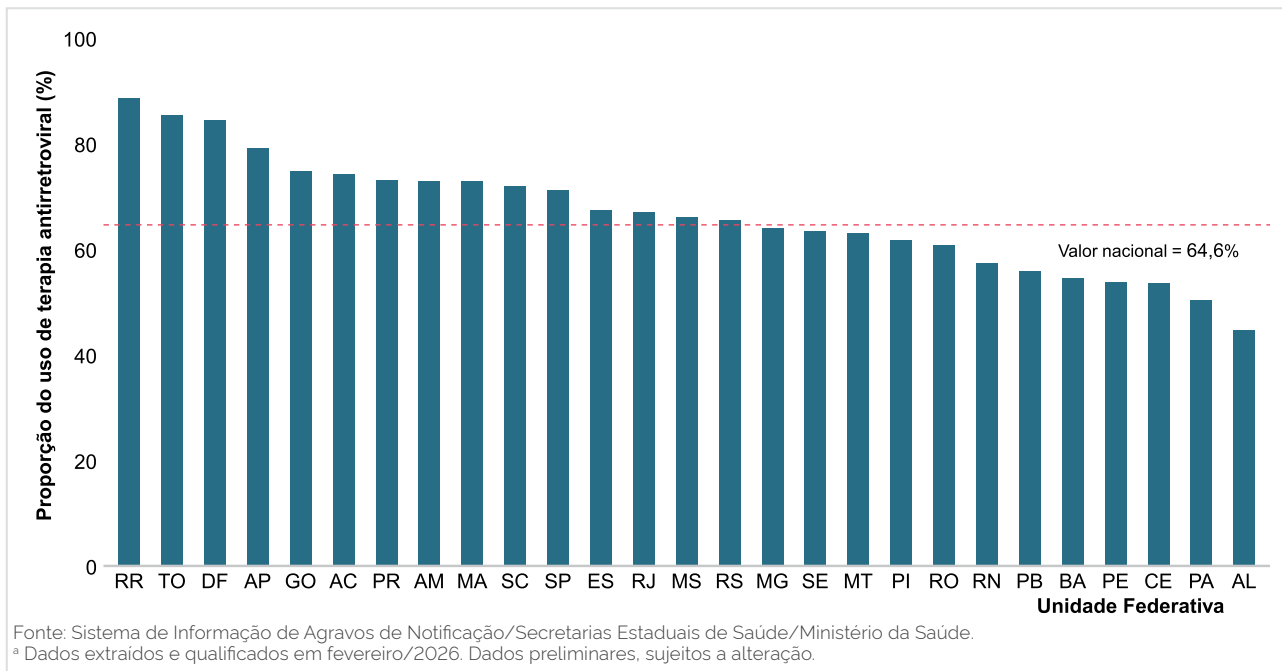


Figura 15 – Proporção do uso de terapia antirretroviral entre casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids por unidade federativa. Brasil, 2025^a

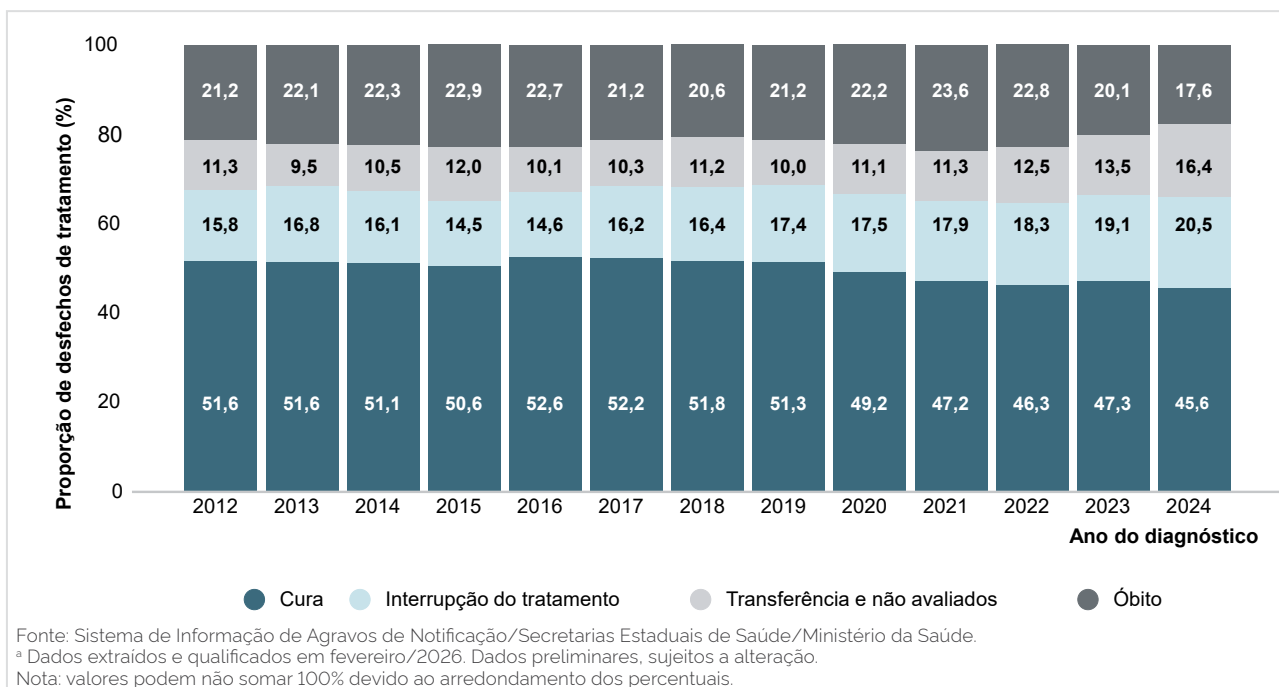


Figura 16 – Proporção dos desfechos de tratamento de tuberculose nos casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e/ou aids. Brasil, 2012 a 2024^a

A proporção de óbito em pessoas com coinfeção TB-HIV apresentou redução entre 2023 e 2024, passando de 20,1% (n=1.570) para 17,6% (n=1.690) – a primeira vez, no período entre 2012 e 2024, em que o valor ficou abaixo de

20%. Ainda assim, a TB permanece entre as principais causas de morte em pessoas vivendo com HIV e/ou aids, com média de cinco óbitos por dia no país. Ressalta-se a importância de reavaliar o indicador de desfecho de tratamento

da coinfeção TB-HIV após atualizações da ficha de acompanhamento da notificação de TB, haja vista que, em 2024, 16,4% (n=1.578) dos casos encontram-se classificados como "transferência e não avaliados" (Figura 16).

Estratégias de acompanhamento das pessoas com a coinfeção TB-HIV são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado tanto para TB quanto para HIV e evitar desfechos desfavoráveis, como interrupção do tratamento e óbito. Esses desfechos são influenciados por múltiplos fatores, incluindo condições clínicas, como contagem de linfócitos T CD4+ e uso de Tarv, e características sociodemográficas, como escolaridade, raça/cor e idade. Além disso, a presença de comorbidades, especialmente o uso de álcool, tabaco e outras drogas, e situações de

maior vulnerabilidade, como viver em situação de rua, aumentam a complexidade do manejo clínico e estão associadas a piores resultados. Cabe destacar a importância da integração entre a APS e os serviços especializados na atenção à pessoa vivendo com HIV e/ou aids; a referência rápida e o acesso oportuno ao serviço especializado são fundamentais para reversão desse cenário.

Ressalta-se, no objetivo de reduzir os casos de coinfeção e de desfechos desfavoráveis de tratamento, o papel do Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (Simc) do Dathi/SVSA/MS que, desde 2020, possibilita a identificação das pessoas com HIV que possuem recomendação para o TPT, mas não o realizaram, e das pessoas com TB-HIV sem dispensação de Tarv durante o tratamento da TB.

Populações em situação de maior vulnerabilidade

A pobreza é reconhecida como uma das principais causas associadas ao adoecimento por TB, ao mesmo tempo em que a doença contribui para o agravamento da vulnerabilidade socioeconômica, perpetuando um ciclo que afeta indivíduos, famílias e comunidades⁴². Em nível coletivo, essa dinâmica se expressa na maior ocorrência de TB em territórios marcados por piores indicadores socioeconômicos, evidenciando o papel das condições de vida

e do contexto social na determinação da doença. No nível individual, fatores como desnutrição, uso de álcool e outras drogas, tabagismo e presença de comorbidades, especialmente HIV e/ou aids e diabetes mellitus, aumentam a suscetibilidade ao adoecimento por TB, demonstrando a inter-relação entre vulnerabilidades sociais e biológicas^{43,44}.

Nesse cenário, determinados grupos populacionais apresentam maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, maior risco de infecção e de adoecimento (Quadro 1).

Quadro 1 – Proporção de casos novos de tuberculose e risco de adoecimento por tuberculose entre populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2025

População	Carga entre os casos novos de tuberculose em 2025 (%)	Risco de adoecimento por tuberculose em relação à população geral (vezes)
Vivendo com HIV e/ou aids ^a	14,0	23
Privada de liberdade ^b	7,9	24
Em situação de rua ^c	3,8	54
Indígena ^d	1,1	1,4
Migrante internacional ^e	1,0	5,8

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Ministério da Saúde (2026). Dados preliminares, sujeitos a alteração. Valores populacionais considerados: ^a CGTM/Dathi/SVSA/MS, 2024 (estimativa); ^b Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (2025); TBWeb, SP (2021); ^c Censo São Paulo, capital (2021); ^d Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2024); ^e Sistema de Registro Nacional Migratório, 2024.

No que se refere ao número de casos novos de TB em populações em situação de maior vulnerabilidade, a população privada de liberdade apresentou aumento de casos entre 2015 (n=5.860) e 2019 (n=9.027), ano de maior registro da série histórica. A partir de 2020, observou-se redução progressiva, com oscilações nesse quantitativo, que alcançou 6.657 casos em 2025. Na população em situação de rua, houve crescimento gradual entre 2015 (n=1.689) e 2018 (n=2.097), seguido de discreta redução em 2019 e 2020 e posterior aumento a partir de 2021, sendo 2025 o ano do maior valor da série (n=3.196). Entre profissionais de saúde, os casos novos de TB aumentaram a

partir de 2020, atingindo 1.317 casos em 2025. Os migrantes internacionais e indígenas mantiveram o comportamento oscilatório do número de casos ao longo da série histórica, alcançando, respectivamente, 845 e 967 casos novos em 2025 (Figura 17).

A interpretação desses padrões deve considerar, de forma integrada, possíveis variações na transmissão, mudanças na detecção (testagem, acesso e oportunidade diagnóstica), qualidade e completude da informação (subdetecção e subnotificação) e ajustes nos processos de vigilância e notificação, além de aumento ou redução do tamanho populacional de cada grupo ao longo do período.

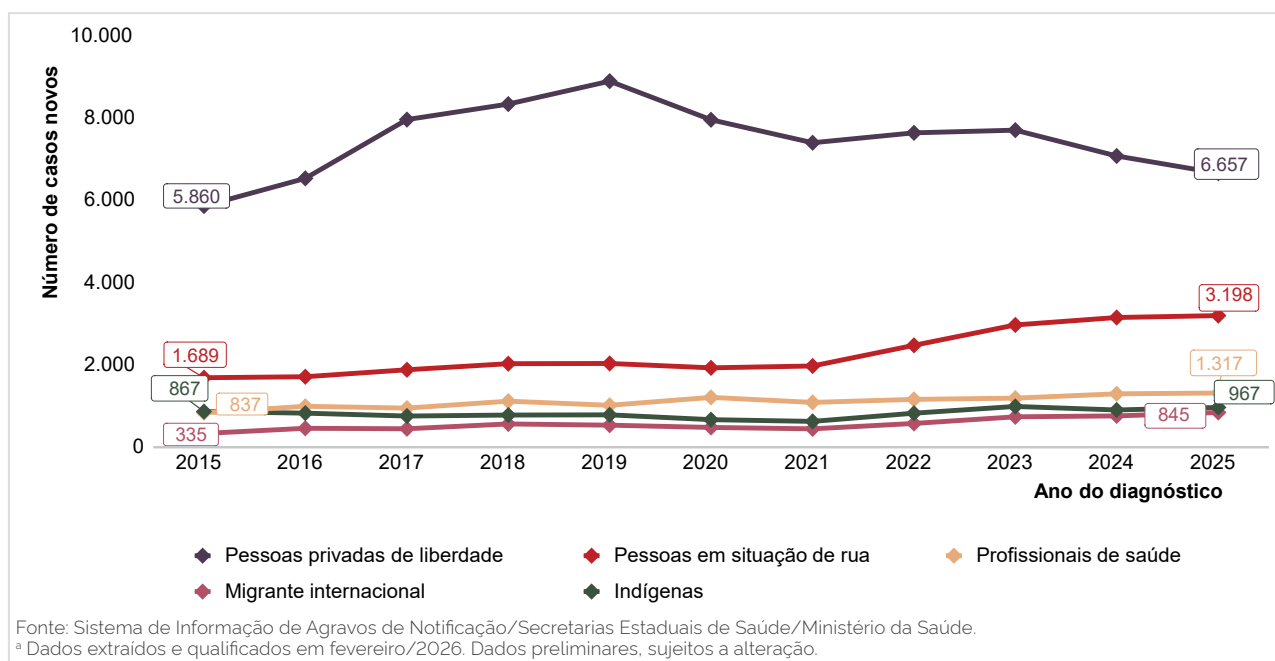


Figura 17 – Número de casos novos de tuberculose diagnosticados em populações em situação de maior vulnerabilidade. Brasil, 2015 a 2025^a

Entre a população privada de liberdade, a proporção de cura da TB alcançou 74,1% (n=5.184) em 2024, representando redução de 1,5% em relação a 2022 (75,2%, n=6.693) e 2023 (75,2%, n=5.733). A interrupção do tratamento, embora ainda elevada, apresentou discreta queda ao longo dos últimos anos, atingindo 9,2% (n=645) em 2024. A população em situação de rua apresentou os piores desfechos de tratamento, com 28,5% (n=885) de cura e 41,9% (n=1302) de interrupção em 2024. Apesar da redução da mortalidade que passou de 18,1% (n=352) em 2021 para 15,4% (n=479) em 2024, os valores

permanecem elevados, indicando persistência de barreiras de acesso e continuidade do cuidado. Entre migrantes internacionais, observou-se aumento da proporção de cura, que passou de 57,4% (n=410) em 2023 para 62,2% (n=455) em 2024 (Figura 18).

Entre profissionais de saúde, embora se mantenham níveis elevados de cura, houve redução progressiva na proporção, que passou de 84,6% (n=896) em 2021 para 78,4% (n=989) em 2024. O mesmo foi observado entre indígenas, em que o percentual de cura passou de 74,7% (n=461) para 67,9% (n=602) no mesmo período.

Entre 2015 e 2025, o país notificou 11.669 casos novos de TB DR, com predomínio da resistência à rifampicina (52,5%, n=6.124), seguida pela monorresistência à isoniazida (26,4%, n=3.081). A série histórica apresentou oscilações marcadas por fatores como desabastecimento

de insumos diagnósticos (2016) e a pandemia de covid-19 em 2020. A partir de 2021, houve retomada do aumento dos casos, com pico em 2024 (1.248 casos) e redução de 8,2% em 2025 (1.145), porém, ainda acima dos patamares pré-pandemia (Figura 19, Tabelas 11 e 12).

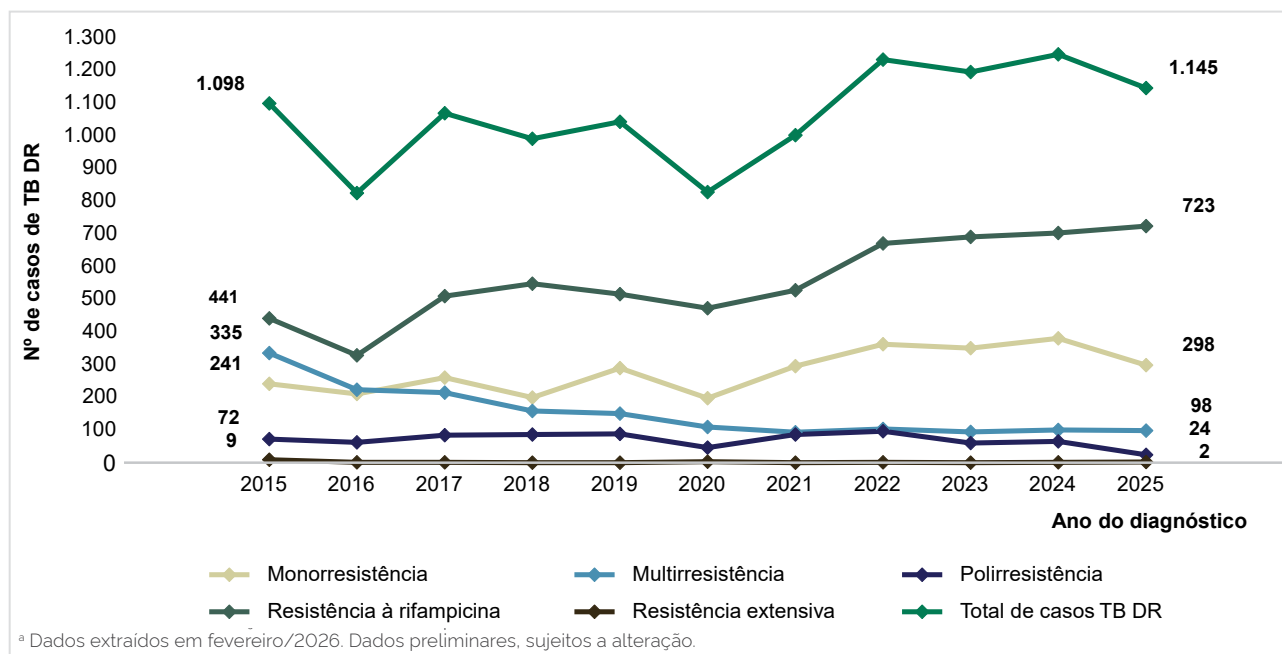


Figura 19 – Número de casos novos de tuberculose drogarresistente (TB DR) segundo o padrão de resistência inicial. Brasil, 2015 a 2025^a

Entre 2015 e 2023, observou-se redução do sucesso do tratamento da tuberculose resistente à rifampicina e multidrogarresistente (TB RR/MDR) no Brasil, com queda progressiva até 2020 (53%, n=308), seguida de recuperação em 2021 (58,7%, n=364) e 2022 (59,0%, n=456) e nova redução em 2023 (54,2%, n=425). No mesmo período, houve aumento da interrupção do tratamento, especialmente a partir de 2018 (23,3%, n=164), com os maiores percentuais em 2022 (27%, n=209) e 2023 (28,7%, n=225). A proporção de óbitos variou de 7,7% (n=60) no início da série histórica (2015) a 12,1% (n=95) no último ano (2023). A categoria "outros encerramentos" também apresentou oscilações ao longo dos anos, com pico em 2020 (13,8% n=80), seguido de redução consistente a partir de 2021, alcançando 5,0% (n=39) em 2023 (Figura 20). Essa diminuição sugere melhora na qualificação do encerramento dos casos no período recente.

Pessoas em tratamento da TB DR são mais afetadas economicamente^{1,46}. Os custos catastróficos do tratamento atingem mais de 70% das famílias com TB DR, sendo especialmente vinculados à perda de renda devido à incapacidade de trabalhar durante o tratamento, às despesas com transporte para acessar os serviços de saúde e aos gastos com suplementação nutricional⁴⁷, o que pode se configurar como obstáculos para o controle da TB e, conseqüentemente, para a continuidade do tratamento.

A ocorrência de TB DR reflete tanto falhas no tratamento quanto a transmissão de cepas resistentes, além de desafios nos sistemas de diagnóstico e vigilância. Para enfrentar esse cenário, o Brasil vem ampliando o acesso a testes rápidos (como o TRM-TB), aumentando a oferta de teste de sensibilidade (TS) e adotando esquemas terapêuticos encurtados, em consonância com as recomendações da OMS.

Em 2024, foram registradas as duas primeiras pessoas em tratamento com o esquema encurtado, contendo os medicamentos bedaquilina, pretomanida e linezolida (BPaL) por seis meses; ao final do primeiro ano de implementação, 757 pessoas haviam iniciado

esse esquema (Figura 21). A cobertura do esquema encurtado entre os casos elegíveis superou 95%, sendo as não inclusões principalmente relacionadas à identificação posterior de intolerância medicamentosa ou à ocorrência de reações adversas.

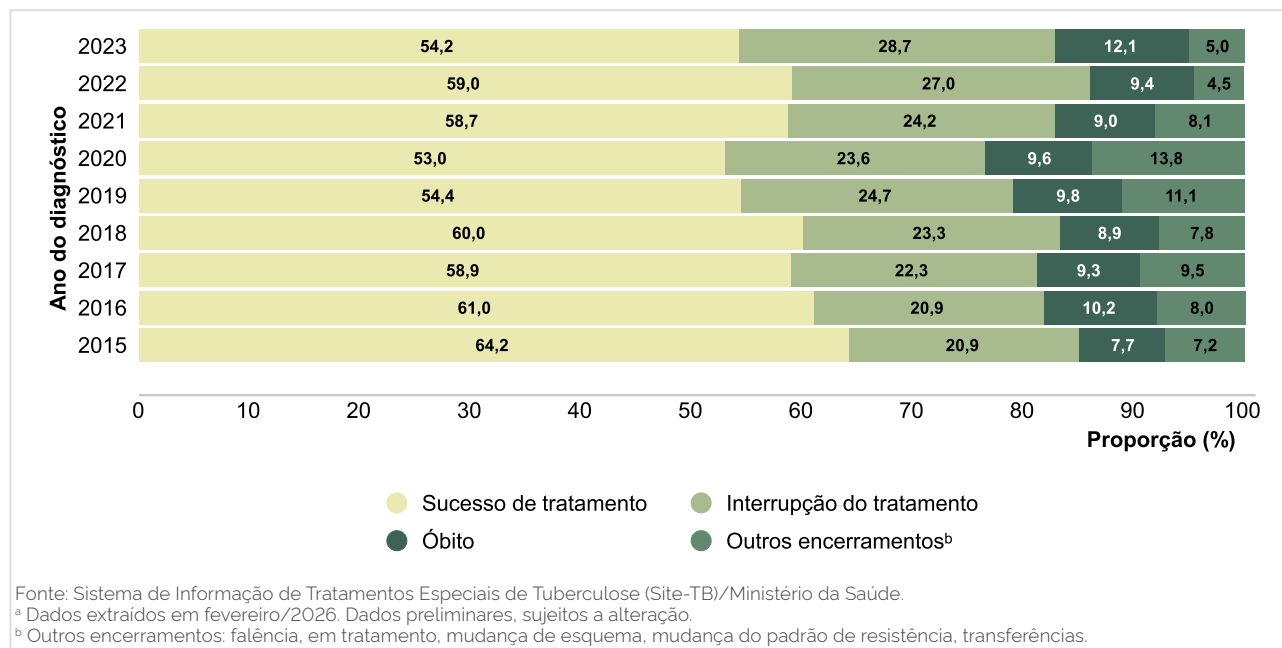


Figura 20 – Proporção de desfechos de tratamento dos casos novos de tuberculose multidrogarresistente e resistente à rifampicina. Brasil, 2015 a 2023^a

A introdução do esquema terapêutico BPaL representa um avanço relevante no manejo da TB DR ao oferecer um tratamento mais curto e potencialmente mais eficaz para casos elegíveis. A elevada proporção de utilização do BPaL entre as pessoas com TB DR que atendem aos critérios estabelecidos indica a capacidade de incorporação dessa tecnologia pela rede de atenção. Contudo, a implementação segura e sustentável do esquema requer monitoramento contínuo de eventos adversos, disponibilidade de suporte clínico especializado e garantia

de adesão ao tratamento, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

O diagnóstico precoce, o início oportuno do tratamento e o monitoramento rigoroso permanecem essenciais para conter a resistência medicamentosa e avançar no controle da TB. A ampliação e qualificação do diagnóstico, a incorporação de novas tecnologias e o apoio à pesquisa e inovação compõem ações estratégicas alinhadas ao Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (PAN-BR) para enfrentar esse problema⁴⁸.

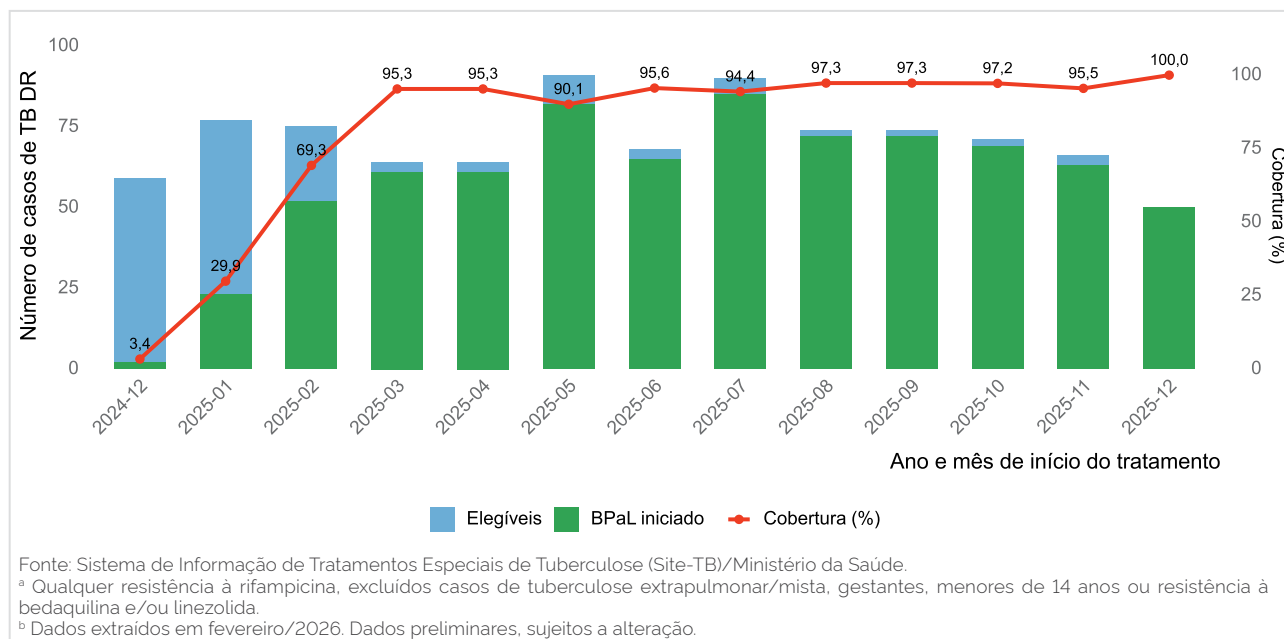


Figura 21 – Número de casos novos de tuberculose drogarresistente (TB DR) com alguma resistência à rifampicina elegíveis (n=923)^a que iniciaram o tratamento com bedaquilina, pretomanida e linezolida (BPaL) (n=757) e proporção de cobertura. Brasil, dezembro/2024 a dezembro/2025^b

Desfechos de tratamento das pessoas com tuberculose sensível

Entre 2019 e 2024, os desfechos de tratamento dos casos novos de TB confirmados por critério laboratorial evidenciaram redução da proporção de cura, que passou de 74,6% (n=35.794) para 65,5% (n=36.205). No mesmo período, a interrupção do tratamento aumentou de 12,6% (n=6.142) para 16,5% (n=9.101), assim como a proporção de casos encerrados como transferência ou não avaliados (não encerrados), que passou de 6,9% (n=3.313) para 10,9% (n=6.036) (Figura 22, Tabelas 13 a 16).

O conjunto desses achados sugere um agravamento dos resultados terapêuticos no período, com possíveis impactos na transmissão, mortalidade e desenvolvimento de resistência antimicrobiana. Para enfrentar fragilidades na continuidade do cuidado e no acompanhamento das pessoas com TB, destaca-se a importância de estratégias como o TDO, incluindo modalidades digitais, como aplicativos de mensagens e outras tecnologias de adesão que fortaleçam o vínculo com a equipe de saúde e favoreçam a completude do tratamento. Soma-se a isso a necessidade de um atendimento centrado na pessoa, que

considere o contexto individual e possíveis vulnerabilidades que possam representar risco de interrupção de tratamento.

A proporção de cura dos casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial em 2024, estratificada por UF, evidencia marcadas diferenças territoriais. Os maiores percentuais de cura foram registrados no Acre (83,2%, n=321), Amapá (78,5%, n=245), Rio de Janeiro (72,4%, n=6.502) Roraima (70,7%, n=248) e Tocantins (69,9%, n=93) (Figura 23). Por outro lado, 17 UF apresentaram proporções de cura inferiores ao valor nacional (65,5%), com os menores percentuais observados no Espírito Santo (52,4%, n=644), Distrito Federal (52,7%, n=147), Mato Grosso do Sul (54,9%, n=509), Paraíba (56,0%, n=411), e Rio Grande do Sul (56,6%, n=1.650) (Figura 23, Tabelas 13 a 16). Esse cenário aponta fragilidades na continuidade do cuidado e no acompanhamento longitudinal dos casos, com impacto na adesão ao tratamento, na qualidade do monitoramento terapêutico e no controle da transmissão. A magnitude das disparidades regionais reforça a necessidade de estratégias territorializadas, orientadas por análise situacional, com o fortalecimento da APS, a intensificação do monitoramento dos casos e a qualificação da gestão do cuidado.

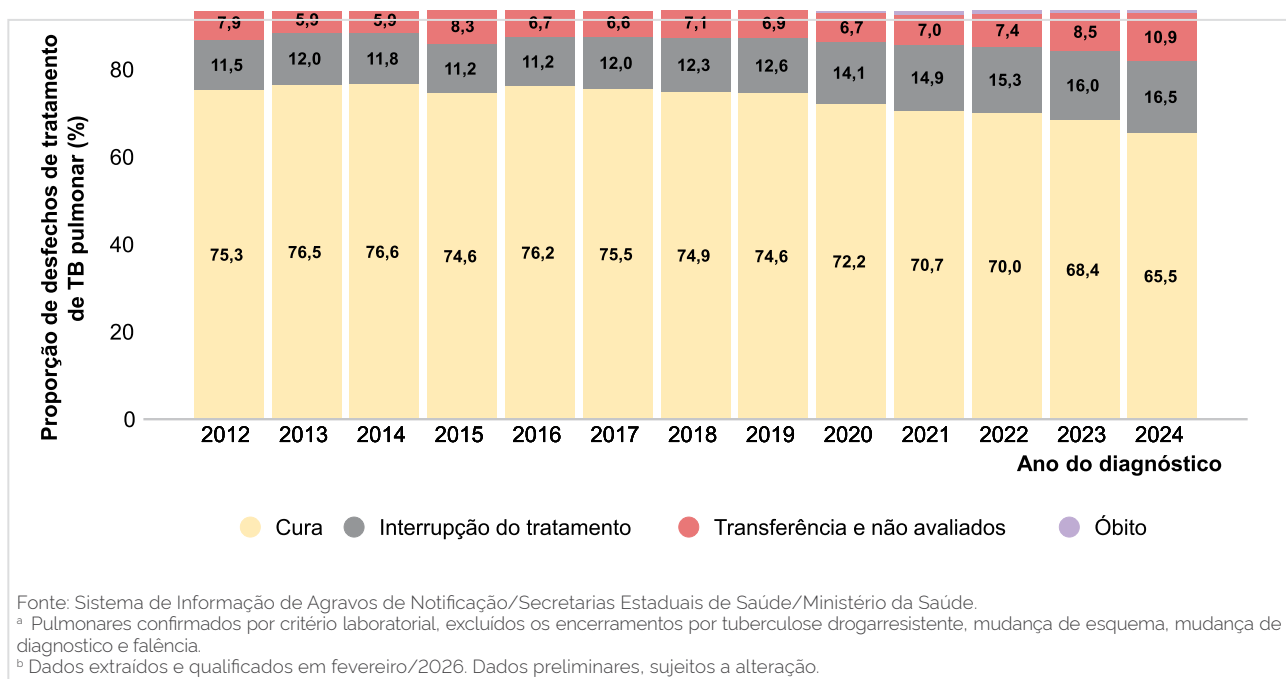


Figura 22 – Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar^a confirmados por critério laboratorial. Brasil, 2012 a 2024^b

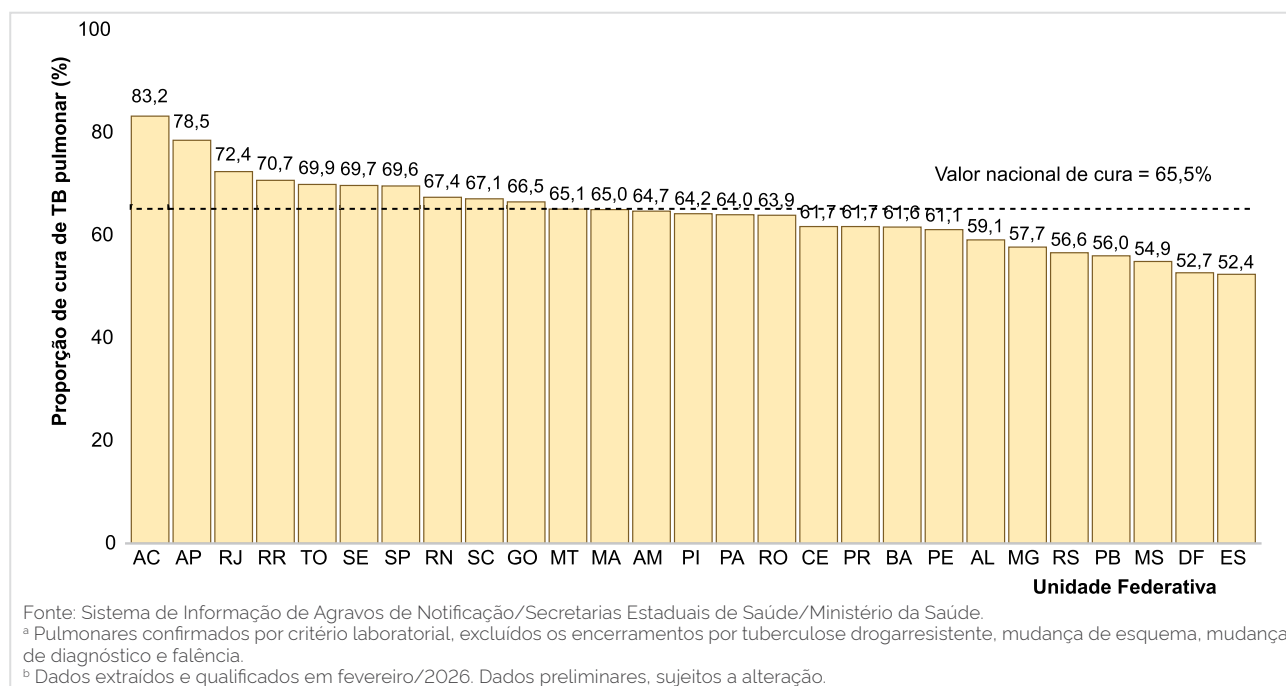


Figura 23 – Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar^a confirmados por critério laboratorial por unidade federativa. Brasil, 2024^b

Prevenção da tuberculose

A prevenção da TB baseia-se em um conjunto de estratégias complementares que incluem o TPT, a vacinação com BCG na infância – essencial para a prevenção das formas graves da doença em crianças –, ações de educação em saúde e medidas de controle de infecção em serviços de saúde e outros ambientes de risco^{28,49,50}.

A redução do risco de progressão da ILTB para a TB constitui componente central para a diminuição da incidência da doença. O TPT é a principal intervenção para prevenir o adoecimento, sendo recomendado pela OMS para pessoas vivendo com HIV e/ou aids, contatos domiciliares de pessoas com TB e outros grupos prioritários com maior risco de infecção e de evolução para doença ativa³⁸.

A oferta do TPT deve estar integrada às estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce da TB, o que contribui para a interrupção da cadeia de transmissão e para a melhoria dos desfechos em saúde³⁸.

Desde a implantação da vigilância da ILTB, em 2018, observou-se crescimento no número de pessoas que iniciaram o TPT no país, evidenciando a incorporação progressiva dessa estratégia às ações de vigilância e cuidado nos serviços de saúde. No período de 2018 a 2025, foram notificadas 273.264 pessoas que iniciaram o TPT no Brasil. Após redução observada no terceiro trimestre de 2023, possivelmente associada ao desabastecimento do derivado proteico purificado (PPD, sigla em inglês para *Purified Protein Derivated*), os registros voltaram a apresentar aumento, com o maior valor da série histórica no terceiro trimestre de 2024 (n=16.935). Em 2025, verificou-se queda em relação a 2024, com registro de 10.855 inícios de TPT no primeiro trimestre e 11.264 no último trimestre, valores que se mantiveram, contudo, em patamares superiores aos observados nos anos iniciais da vigilância (Figura 24, Tabelas 17 e 18).

No período analisado, o número de pessoas que iniciaram o TPT com o esquema 3HP

aumentou de 14.047 em 2022 para 37.807 em 2025, correspondendo a um incremento de 169.1%; o 3HP consolidou-se, assim, como a principal escolha terapêutica no país, sendo responsável por 81,7% (n=46.268) dos esquemas de início de TPT no período. Adicionalmente, com a incorporação do esquema de três meses de rifampicina associada à isoniazida (3RH), recomendado para crianças menores de 10 anos a partir de 2022, foram notificadas, em 2025, 1.274 pessoas que iniciaram esse esquema terapêutico (Quadro 2 e Figura 24).

O esquema utilizando apenas isoniazida apresenta uma tendência de queda a partir do primeiro trimestre de 2022, enquanto há uma subida progressiva do 3HP. As duas curvas se invertem a partir do terceiro trimestre de 2023, em que há uma descida acentuada de isoniazida e um crescimento importante do esquema combinado com rifapentina. Tal movimento evidencia a diversificação e qualificação das estratégias de TPT no país, com incorporação de esquemas mais curtos e adequados a diferentes perfis populacionais (Figura 24).

A expansão do TPT no âmbito do SUS constitui componente estratégico para o alcance

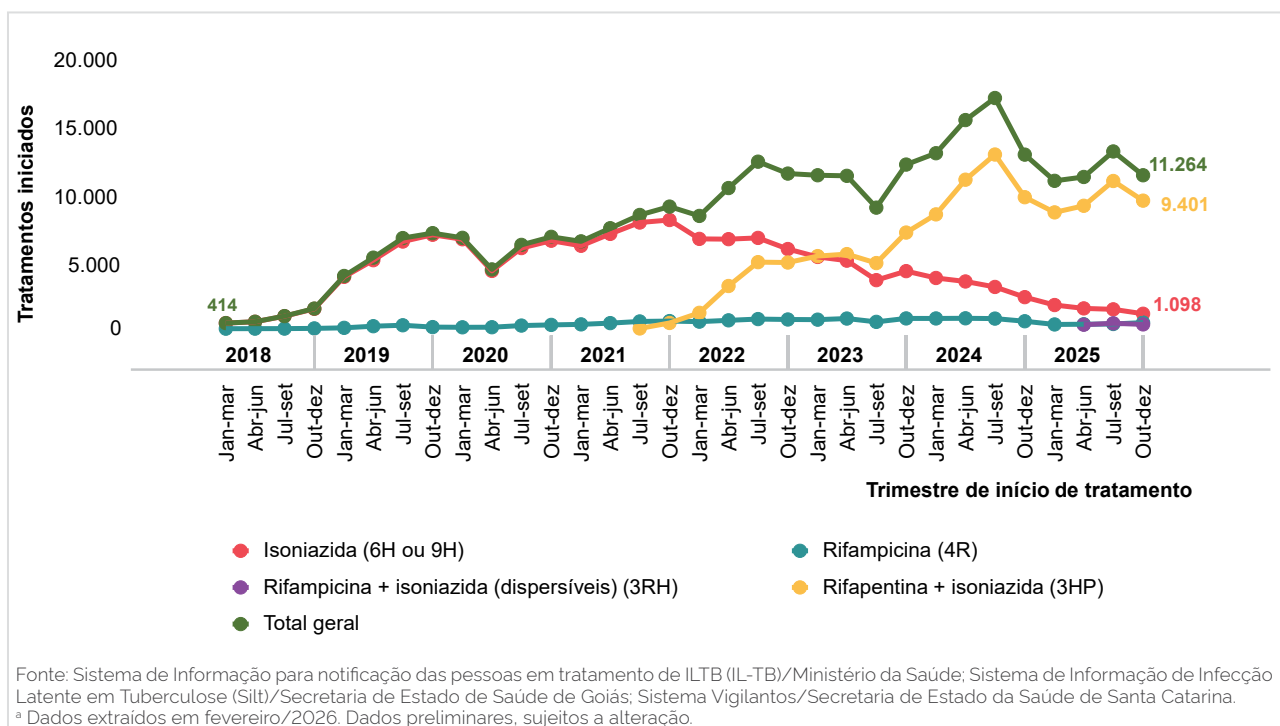


Figura 24 – Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose. Brasil, 2018 a 2025^a

Quadro 2 – Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose por esquema terapêutico e ano. Brasil, 2018 a 2025^a

Ano	Esquema terapêutico				Total
	Isoniazida (6H ou 9H)	Rifampicina (4R)	Rifampicina + isoniazida dispersíveis (3RH)	Rifapentina + isoniazida (3HP)	
2018	3.295	38	–	–	3.333
2019	22.134	622	–	–	22.756
2020	23.187	725	–	–	23.912
2021	28.823	1824	–	442	31.089
2022	25.683	2520	–	14.047	42.250
2023	18.058	2669	–	22.686	43.413
2024	12.575	2811	743	41.771	57.900
2025	5.751	1.436	1.274	37.807	46.268
Total	139.506	12.645	2.017	116.753	270.921

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/2026. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

das metas nacionais e globais de eliminação da doença. Ao fortalecer o eixo da prevenção, o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública reafirma que o controle da TB exige, para além do diagnóstico e tratamento oportunos da doença, investimentos contínuos em estratégias preventivas baseadas em evidências, capazes de interromper a transmissão, prevenir o adoecimento e enfrentar as iniquidades sociais e territoriais que sustentam a persistência da TB no Brasil⁸.

Em 2025, o esquema 3HP consolidou-se como a principal escolha terapêutica para o TPT em todas as UF, com 19 delas registrando proporções superiores a 80%, entre as quais se destacam Amapá (95,5%, n=274), Pará (94,3%, n=1.343), Roraima (93,0%, n=265), Amazonas (92,8%, n=1.844) e Mato Grosso (90,5%, n=766) (Figura 25). Esse padrão sugere ampla adesão às recomendações nacionais e internacionais,

além de indicar avanço na padronização das estratégias de prevenção da TB em diferentes contextos regionais do país.

Em relação à indicação de TPT no país, no ano de 2025 observou-se que 46,1% (n=21.315) dos tratamentos iniciados foram registrados no grupo de contato de pessoa com TB, seguido das pessoas vivendo com HIV e/ou aids (25,4%, n=11.727). O grupo que inclui as pessoas que estão sob algum tipo de terapia imunossupressora também apresentou destaque, perfazendo 20,1% (n=9.294) dos tratamentos registrados no IL-TB (Figura 26). As recomendações sobre o TPT incluem critérios específicos e são periodicamente atualizadas, sendo fundamental a atenção permanente às orientações do Ministério da Saúde para a sua adequada indicação e acompanhamento.

Quanto à situação de encerramento segundo o esquema terapêutico utilizado para TPT, 76,6%

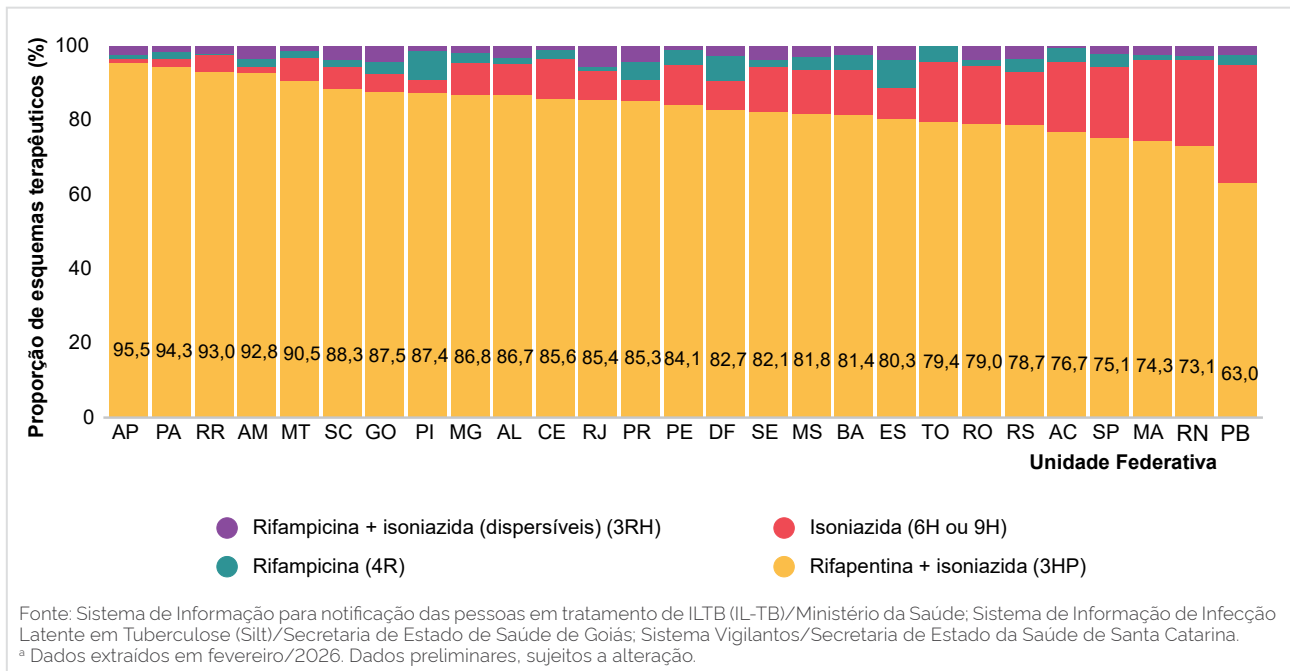
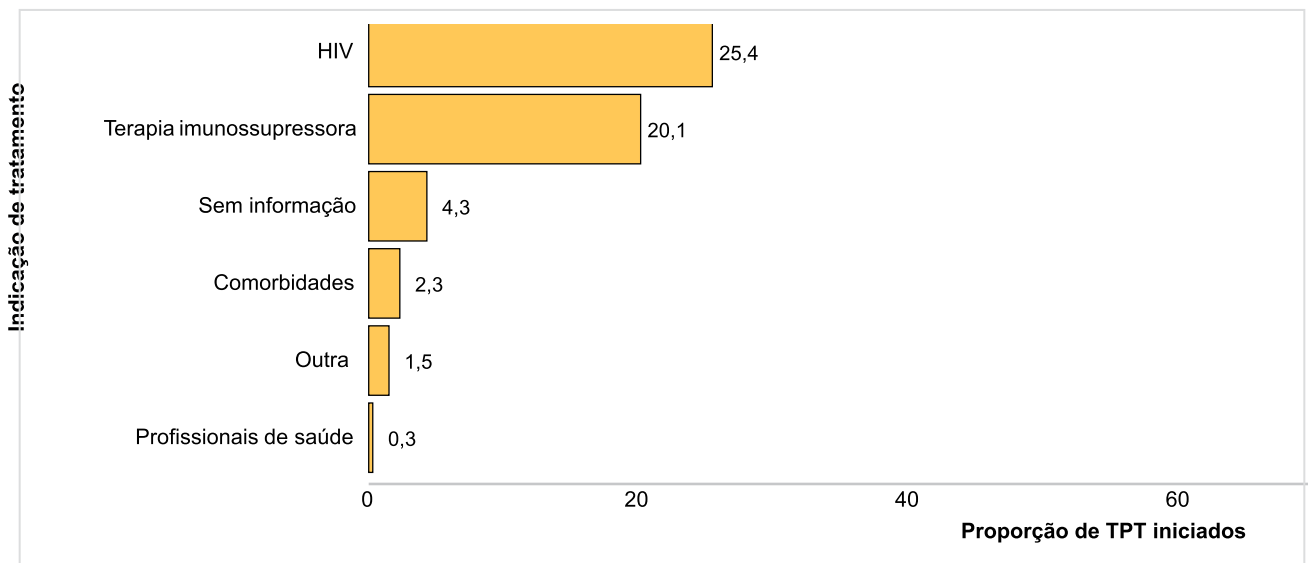


Figura 25 – Proporção de esquemas terapêuticos entre as pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose por unidade federativa. Brasil, 2025^a



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; TPT = tratamento preventivo da tuberculose.
 a Dados extraídos em fevereiro/2026. 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.

Figura 26 – Proporção de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose conforme indicação de tratamento. Brasil, 2025^a

(n=44.343) dos casos concluíram o tratamento em 2024, independentemente do esquema terapêutico adotado, enquanto 12,5% (n=7.234) foram encerrados por interrupção do tratamento.

Na análise por esquema terapêutico, o uso do 3HP foi responsável pela maior proporção de tratamentos completos (80,7%, n=33.717) e pelo menor percentual de interrupção (10,3%,

n=4.311). Em contraste, os esquemas baseados exclusivamente em isoniazida (6H+9H) registraram menor proporção de tratamentos completos (63,3%, n=7.958) e maior proporção de interrupção de tratamento (19,5%, n=2.450) (Figura 27).

A expansão do esquema 3HP configura-se como componente estratégico para o alcance

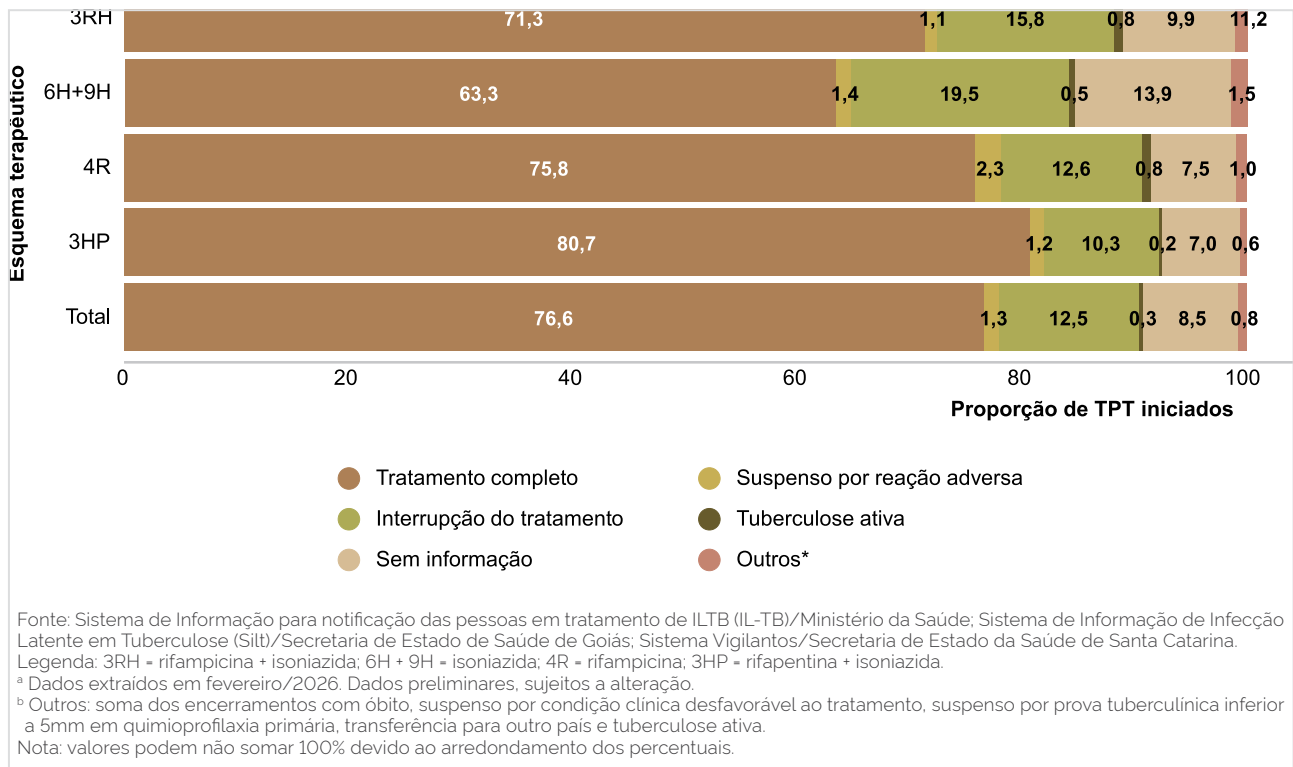


Figura 27 – Proporção de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose (TPT) conforme situação de encerramento e esquema terapêutico. Brasil, 2024^a

das metas de eliminação da TB até 2030. Os achados evidenciam melhor desempenho dos esquemas encurtados, sugerindo que a menor duração do tratamento e a posologia simplificada colaboram para maior adesão e conclusão do

TPT. Dessa forma, potencializa-se o impacto das ações de prevenção, o que contribui para a redução do adoecimento e da transmissão da doença no país.

Considerações finais

A TB mantém elevada persistência histórica no Brasil, não obstante as mudanças no perfil epidemiológico da doença ao longo da última década. As evidências apresentadas neste Boletim demonstraram queda do número de casos com tendência à estabilidade no coeficiente de incidência de TB, porém ainda com mortalidade

elevada, além de marcadas desigualdades regionais e desafios no diagnóstico oportuno e completude do tratamento. Esses resultados evidenciam que a TB permanece fortemente condicionada por desigualdades sociais, econômicas e territoriais, o que exige respostas estruturadas e sustentáveis. O alcance das metas da Estratégia para o Fim da Tuberculose, especialmente aquelas relacionadas à redução

da incidência e da mortalidade, pressupõe o acesso universal ao diagnóstico oportuno e ao tratamento adequado.

O avanço na ampliação do diagnóstico molecular, com maior protagonismo do TRM-TB e diversificação das estratégias laboratoriais, representa progresso relevante. Contudo, para que a incorporação tecnológica se traduza em impacto epidemiológico, é fundamental fortalecer sua implementação de forma equitativa e integrada à RAS, qualificando fluxos assistenciais, reduzindo disparidades territoriais e assegurando condições operacionais que permitam converter o diagnóstico precoce em redução sustentada da transmissão, do adoecimento e dos óbitos. Nesse contexto, o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde e de parcerias institucionais estratégicas contribui para consolidar a soberania sanitária nacional e ampliar a capacidade de resposta do SUS. Cabe destacar o aumento no diagnóstico da TB em crianças e pessoas vivendo com HIV e/ou aids, avanço importante frente às novas tecnologias implementadas, além da queda na proporção de óbitos em pessoas com coinfeção TB-HIV, favorecida pelo diagnóstico precoce dos casos.

No que tange à TB DR, ante os desafios relacionados à detecção de resistência e à adesão a esquemas de tratamentos longos e complexos, a incorporação do esquema encurtado com BPaL alcançou elevada cobertura poucos meses após a sua disponibilização. Espera-se que esse esquema contribua para uma maior adesão e completude do tratamento.

A ampliação do TPT, especialmente com a consolidação do esquema 3HP e a diversificação de esquemas encurtados, também se destaca como componente central da estratégia de eliminação, ao favorecer a continuidade e a conclusão do tratamento.

A TB, como doença de natureza multicausal, exige e demanda uma resposta abrangente e multissetorial, orientada à redução das

iniquidades. O seu enfrentamento efetivo requer articulação entre políticas públicas de saúde e de proteção social, voltadas à redução da pobreza, à promoção da equidade, à justiça social e à garantia dos direitos humanos das pessoas acometidas, incluindo o combate a todas as formas de discriminação e estigma associadas à doença. Nesse esforço, é indispensável que o país atue de forma unida, mobilizando sociedade civil, academia, gestores(as) e profissionais de todas as esferas – federal, estadual e municipal –, além de outros parceiros estratégicos, para fortalecer uma resposta socialmente pactuada, sustentável e orientada pela participação social.

Paralelamente, torna-se fundamental fortalecer a coordenação do cuidado, implementar estratégias para redução das interrupções do tratamento – incluindo TDO, busca ativa de pessoas em risco de interrupção de tratamento e apoio multiprofissional – e ampliar a articulação entre a Vigilância em Saúde e a APS, responsável pela coordenação da rede assistencial. Investimentos em educação permanente, qualificação dos registros nos sistemas de informação e melhoria do encerramento dos casos são igualmente necessários para aprimorar os desfechos. O controle da TB está fortemente condicionado a contextos em que os custos associados à doença – incluindo despesas médicas, gastos não médicos e perdas de renda – representam barreiras ao acesso e à continuidade do cuidado e enfatizam a importância das ações integradas entre SUS e Suas.

Assim, avançar rumo às metas da Estratégia pelo Fim da Tuberculose e do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose pressupõe compromisso político sustentado, governança federativa fortalecida e responsabilização multissetorial. A consolidação de uma resposta integrada, equitativa e baseada em evidências é condição indispensável para reduzir desigualdades, qualificar o cuidado e avançar de forma consistente na eliminação da TB como problema de saúde pública no Brasil.

Referências

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2025. Geneva: WHO; 2025 [citado 2026 Fev 23]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Tuberculose 2025. Brasília: MS; 2025 [citado 2026 Fev 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim-epidemiologico-tuberculose-2025/view>.
3. Teibo TKA, Andrade RL de P, Rosa RJ, de Abreu PD, Olayemi OA, Alves YM, *et al*. Barriers That Interfere with Access to Tuberculosis Diagnosis and Treatment across Countries Globally: A Systematic Review. *ACS Infect Dis*. 2024;10(8):2600–14. doi: 10.1021/acsinfecdis.4c00466.
4. World Health Organization. Tuberculosis and vulnerable populations. Geneva: WHO; 2025 [citado 2026 Fev 21]. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/tuberculosis-and-vulnerable-populations>.
5. Nações Unidas. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-Estar. Brasília: Nações Unidas Brasil; [2026] [citado 2026 Fev 27]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>.
6. World Health Organization. Implementing the End TB Strategy: the essentials. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jan 30]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240065093>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: MS; 2017 [citado 2026 Fev 27]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de saúde Pública. Brasília: MS; 2021 [citado 2026 Fev 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/brasil-livre-da-tuberculose/brasil-livre-da-tuberculose/view>.
9. Barreto-Duarte B, Villalva-Serra K, Campos VMS, Cordeiro-Santos M, Kritski AL, Araújo-Pereira M, *et al*. Nationwide economic analysis of pulmonary tuberculosis in the Brazilian healthcare system over seven years (2015–2022): a population-based study. *Lancet Reg Health - Ams*. 2024;39:100905. doi: 10.1016/j.lana.2024.100905.
10. Brasil. Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças de Determinação Social. Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável: unir para cuidar. Brasília: MS; 2025 [citado 2026 Fev 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_brasil_saudavel.pdf.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Mecanismo de revisão da resposta brasileira à tuberculose: resultados do piloto de implementação do Multisectoral Accountability Framework (MAF-TB) para o período de 2018 a 2023. Brasília: MS; 2025 [citado 2026 Fev 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_brasil_saudavel.pdf.
12. Pedrosa MR de O, Guidoni LM, Zandonade E, Fregona G, Negri L dos SA, Oliveira SM do VL de, *et al*. Custos catastróficos e sequelas sociais decorrentes do diagnóstico e tratamento da tuberculose no Brasil. *Epidemiol e Serv Saúde*. 2021;30(3). doi: 10.1590/s1679-49742021000300012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. 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 [...]. Brasília: MS; 2024 [citado 2026 Fev 26]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4868_30_07_2024.html.
14. Brasil. Ministério da Saúde. 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 [...]. Brasília: MS; 2024 [citado 2026 Fev 26]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4869_30_07_2024.html.
15. Brasil. Ministério da Saúde. 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: MS; 2025 [citado 2026 Jan 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/orientacoes-incentivo-financeiro-acoes-de-vigilancia-prevencao-e-controle-do-hiv-aids-tuberculose-hepatites-virais-ists>.

16. Cilloni L, Fu H, Vesga JF, Dowdy D, Pretorius C, Ahmedov S, *et al.* The potential impact of the COVID-19 pandemic on the tuberculosis epidemic a modelling analysis. *E Clinical Medicine*. 2020;28:100603. doi: 10.1016/j.eclim.2020.100603
17. Nguipdop-Djomo P, Rodrigues LC, Smith PG, Abubakar I, Mangtani P. Drug misuse, tobacco smoking, alcohol and other social determinants of tuberculosis in UK-born adults in England: a community-based case-control study. *Sci Rep*. 2020;10(1):5639. doi: 10.1038/s41598-020-62667-8
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil com data de referência em 1o de julho de 2022. Brasília: IBGE; 2022 [citado 2026 Fev 23]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>.
19. De Castro DB, de Seixas Maciel EMG, Sadahiro M, Pinto RC, de Albuquerque BC, Braga JU. Tuberculosis incidence inequalities and its social determinants in Manaus from 2007 to 2016. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):187. doi: 10.1186/s12939-018-0900-3.
20. World Health Organization. WHO Multisectoral Accountability Framework for TB (MAF-TB) Baseline Assessment Checklist for country use in pursuing a national MAF-TB [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2026 Fev 23]. Disponível em: [https://www.who.int/publications/m/item/who-multisectoral-accountability-framework-for-tb-\(maf-tb\)-baseline-assessment-checklist-for-country-use-in-pursuing-a-national-maf-tb](https://www.who.int/publications/m/item/who-multisectoral-accountability-framework-for-tb-(maf-tb)-baseline-assessment-checklist-for-country-use-in-pursuing-a-national-maf-tb).
21. Wittlin BB, Araújo FBP, Silva AAM da. Impact of COVID-19 pandemic on tuberculosis mortality in Brazil: a time series analysis. *Rev Saude Publica*. 2026;60:e245836. doi: 10.11606/s1518-8787.2026060007226.
22. Selig L, Kritski AL, Cascão AM, Braga JU, Trajman A, Carvalho RMG de. Proposta de vigilância de óbitos por tuberculose em sistemas de informação. *Rev Saude Publica*. 2010;44(6):1072-8. doi: 10.1590/S0034-89102010000600012.
23. Alhassan A, Salifu Y, Doe PF, Odonkor FO, Lasong J. A scoping review of socio-cultural factors affecting tuberculosis control: evidence from global studies. *Front Public Health*. 2026;13. doi: 10.3389/fpubh.2025.1704805.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para vigilância do óbito com menção de tuberculose nas causas de morte. Brasília: MS; 2017 [citado 2026 Fev 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_vigilancia_obito_mencao_tuberculose.pdf.
25. Pelissari DM, Diaz-Quijano FA. Household crowding as a potential mediator of socioeconomic determinants of tuberculosis incidence in Brazil. *PLoS One*. 2017;12(4):e0176116. doi: 10.1371/journal.pone.0176116.
26. Sousa Montelo E, Ribeiro Rodrigues ZM, De Lima Sardinha AH. Aspectos epidemiológicos da tuberculose sobre desfechos relacionados à raça e cor no Brasil: revisão sistemática. *SciELO Preprints*. 2025. doi: 10.1590/SciELOPreprints.12145.
27. Jesus GS, Gestal PFPS, Silva AF, Cavalcanti DM, Lua I, Ichihara MY, *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. *Nat Med*. 2025;31(2):653-62. doi: 10.1038/s41591-024-03381-0.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose em crianças e adolescentes 2024. Boletim epidemiológico número especial. Brasília: MS; 2024 [citado 2026 Fev 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-especial-tb-em-criancas-e-adolescentes.pdf/view>.
29. World Health Organization. Global tuberculosis report 2024. Geneva: WHO; 2024 [citado 2026 Fev 23]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>.
30. Souza Aguiar FH, de Sales Calhau G, Ferreira Lachtim SA, da Costa Pinheiro PN, Arcêncio RA, Lima de Freitas G. Perfil da tuberculose em populações vulneráveis. *Rev Ciencias Med Biol*. 2021;20(2):253-8. doi: 10.9771/cmbio.v20i2.43513.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Diagnóstico Laboratorial de Tuberculose e Micobactérias não Tuberculosas de Interesse em Saúde Pública no Brasil. Brasília: MS; 2022 [citado 2026 Fev 27]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/manual-diagnostico-laboratorial-de-tb-e-micobacterias-nao-tuberculosas-no-brasil_22.pdf/view.

32. Villalva-Serra K, Barreto-Duarte B, Miguez-Pinto JP, Queiroz ATL, Rodrigues MM, Rebeiro PF, *et al.* Impact of Xpert MTB/RIF implementation in tuberculosis case detection and control in Brazil: a nationwide intervention time-series analysis (2011–2022). *Lancet Reg Health Am.* 2024;36:100804. doi: 10.1016/j.lana.2024.100804.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: MS; 2019 [citado 2026 Fev 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf.
34. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: Diagnosis. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jan 24]. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/784cf623-1d59-4184-b6c4-2787146a1b48/content>.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Módulo 2: Coinfecções e Infecções Oportunistas. Brasília: MS; 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Modulo_2_2024_eletrnicoISBN.pdf.
36. Duong T, Brigden J, Simon Schaaf H, Garden F, Marais BJ, Anh Nguyen T, *et al.* A Meta-Analysis of Levofloxacin for Contacts of Multidrug-Resistant Tuberculosis. *NEJM Evidence.* 2025;4(1). doi: 10.1056/EVIDoa2400190.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa n.º 5/2021-CGDR/DCCI/SVS/MS. Dispõe sobre atualização das Recomendações do Tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* com a disponibilização da rifapentina. Brasília: MS; 2021 [citado 2026 Jan 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2021/nota-informativa-no-5-2021-cgdr-dcci-svs-ms>.
38. World Health Organization. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention – tuberculosis preventive treatment, second edition. Geneva: WHO; 2024 [citado 2026 Fev 23]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097773>.
39. Moyo S, Ismail F, Van der Walt M, Ismail N, Mkhondo N, Dlamini S, *et al.* Prevalence of bacteriologically confirmed pulmonary tuberculosis in South Africa, 2017–19: a multistage, cluster-based, cross-sectional survey. *Lancet Infect Dis.* 2022;22(8):1172–1180. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00149-9.
40. Bhargava A, Bhargava M, Meher A, Benedetti A, Velayutham B, Sai Teja G, *et al.* Nutritional supplementation to prevent tuberculosis incidence in household contacts of patients with pulmonary tuberculosis in India (RATIONS): a field-based, open-label, cluster-randomised, controlled trial. *Lancet.* 2023;402(10402):627–40. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01231-X.
41. World Health Organization. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 3: diagnosis. Geneva: WHO; 2025 [citado 2026 Fev 23]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110991>.
42. Macedo LR, Maciel ELN, Struchiner CJ. Populações vulneráveis e o desfecho dos casos de tuberculose no Brasil. *Ciêns Saúde Colet.* 2021;26(10):4749–4759. doi: 10.1590/1413-812320212610.24132020.
43. Cintron C, Dauphinais M, Fiogbe AA, Dogo MF, Ate S, Adjonou C, *et al.* Impact of Nutritional Support for Tuberculosis on Intermediate and Terminal Undernutrition and Treatment Outcomes (INSTITUT) study: a protocol for a quasi-experimental study to assess the impact of nutritional support on tuberculosis treatment outcomes in Benin and Togo. *BMJ Open.* 2025;15(2):e088629. doi: 10.1136/bmjopen-2024-088629.
44. Maciel ELN, Reis-Santos B. Determinants of tuberculosis in Brazil: from conceptual framework to practical application. *Rev Pan Salud Pub.* 2015;38(1):28–34.
45. Maciel, ELN. Estratégias da agenda pós-2015 para o controle da tuberculose no Brasil: desafios e oportunidades. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016;25(2):1–2. doi: 10.5123/S1679-49742016000200021.
46. Ghazy RM, El Saeh HM, Abdulaziz S, Hammouda EA, Elzorkany AM, Khidr H, *et al.* A systematic review and meta-analysis of the catastrophic costs incurred by tuberculosis patients. *Sci Rep.* 2022;12(1):558. doi: 10.1038/s41598-021-04345-x.

47. Maciel ELN, Negri L dos SA, Guidoni LM, Fregona GC, Johansen FDC, Sanchez MN, *et al.* The economic burden of households affected by tuberculosis in Brazil: First national survey results, 2019-2021. PLoS One. 2023;18(12):e0287961. doi: 10.1371/journal.pone.0287961.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ação nacional de prevenção e controle da resistência aos antimicrobianos no âmbito da saúde única 2018-2022 (PAN-BR). Brasília: MS; 2019 [citado 2026 Fev 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_prevencao_resistencia_antimicrobianos.pdf.
49. Vasiliu A, Martinez L, Gupta RK, Hamada Y, Ness T, Kay A, *et al.* Tuberculosis prevention: current strategies and future directions. Clin Microbiol Infect. 2024;30(9):1123-30. doi: 10.1016/j.cmi.2023.10.023.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Controle de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* em ambientes de saúde. Brasília: MS; 2023 [citado 2026 Fev 27]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/controle-de-infeccao-por-m-tuberculosis-em-ambientes-de-saude--eletronico_leve.pdf/view.

Apêndices

Métodos

Tabelas

Métodos

O presente Boletim Epidemiológico foi elaborado a partir da qualificação dos dados provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), cuja base é consolidada e atualizada três vezes ao ano (nos meses de fevereiro, abril e outubro). Para esta edição, foram utilizados os dados atualizados em fevereiro de 2026. Considerando que a base é continuamente revisada e pode incorporar notificações de forma retroativa, ressalta-se que as informações apresentadas são preliminares e, portanto, passíveis de atualização.

Adicionalmente, foram utilizados dados 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, ambos atualizados em fevereiro de 2026, bem como do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (Site-TB), cuja base foi atualizada em janeiro de 2026.

As informações relacionadas ao tratamento preventivo da tuberculose foram obtidas a partir do Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (IL-TB), do Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (Silt) e do Sistema Vigilantes, todos com bases atualizadas em fevereiro de 2026.

Para a análise da mortalidade, foram utilizados dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que também passa por três atualizações anuais, com disponibilização das bases nas versões prévia, preliminar e final. Para a elaboração deste Boletim, foram considerados os dados finais de mortalidade por tuberculose referentes ao ano de 2024, correspondentes à versão definitiva da base do SIM, consolidada após o encerramento dos fluxos de digitação, investigação, correção e validação. A extração desses dados foi realizada em janeiro de 2026.

Os dados do Site-TB e do IL-TB, por serem provenientes de sistemas *on-line*, apresentam maior oportunidade de atualização, possibilitando acesso em tempo real às informações registradas.

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, podem-se 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 link: [Painel de Monitoramento da Tuberculose](#).
- b) IL-TB e Site-TB:
 - para solicitar dados relacionados à infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) e/ou à tuberculose drogarr resistente (TB DR) sem identificação, basta acessar o [Site TB](#). Na seção **Downloads**, estão disponíveis as bases de dados não identificadas, atualizadas com periodicidade de três vezes ao ano.
 - Para solicitar dados relacionados à ILTB e/ou TB DR com identificação, 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](#), estão disponíveis figuras e dados atualizados conforme as qualificações realizadas ao longo do ano, contemplando análises detalhadas para o Brasil, regiões, unidades federativas e capitais, no período de 1990 até o ano mais recente disponível.

Essas alternativas de acesso aos dados asseguram uma visão abrangente e continuamente atualizada da situação da TB no Brasil ao longo do ano, complementando e aprofundando as análises apresentadas neste Boletim.

Indicadores epidemiológicos e operacionais

da tuberculose

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, no link: [População municipal por sexo e idade – 2000 a 2025](#). As estimativas populacionais para os municípios brasileiros, desagregadas por sexo e idade, estão disponíveis no link: [Nota Técnica n.º 01/2025](#). As estimativas e projeções populacionais utilizadas neste Boletim têm como base as Projeções da População do Brasil e das unidades federativas para o período de 2000 a 2070 (Edição 2025), com incorporação dos resultados do Censo Demográfico 2022. Os resultados contemplam o período das estimativas populacionais (2000 a 2022) e das projeções populacionais (2023 a 2070). Para o nível municipal, as estimativas por sexo e idade foram revisadas para o período de 2000 a 2024, seguindo a metodologia definida pelo Comitê Temático Interdisciplinar das Estimativas Municipais da Rede Interagencial

de Informações para a Saúde (Ripsa), com operacionalização pela Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde.

Após a consolidação das bases de dados de TB das unidades federativas pelo Ministério da Saúde, os bancos foram submetidos a processos de qualificação, com o objetivo de identificar e remover duplicidades de notificações e vincular as transferências entre diferentes UF. Para tanto, foi utilizado o software Stata® Statistics versão 12. Para fins de análise, foram empregados o TabWin versão 4.1.5, o Microsoft Excel® versão 2019 e o R Studio versão 4.5.1.

A fonte dos dados e o método de cálculo dos indicadores epidemiológicos e operacionais da TB utilizados estão descritos no Quadro 1, sendo apresentados com mais detalhes no [Caderno de Indicadores da Tuberculose: tuberculose sensível, tuberculose drogaresistente e tratamento preventivo](#).

Quadro 3 – 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	2025	Sinan
Coefficiente de incidência de TB	Número de casos novos ^a de TB, dividido pela população residente, multiplicado por 100 mil habitantes	2014 a 2025	Sinan e IBGE
Coefficiente 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 habitantes	2023 a 2025	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	2014 a 2025	Sinan e IBGE
Coefficiente de mortalidade por TB	Número de óbitos por TB ^b , dividido pela população residente, multiplicado por 100 mil habitantes	2014 a 2024	SIM e IBGE
Coefficiente 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 habitantes	2024	SIM e IBGE

continua

continuação

Nome	Método de cálculo	Período de análise	Fonte de dados
Coeficiente de mortalidade por TB por UF	Número de óbitos por TB ^b por UF, dividido pela população residente da UF correspondente, multiplicado por 100 mil habitantes	2024	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	2025	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 habitantes	2023 a 2025	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 habitantes	2023 a 2025	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	2025	Sinan
Total de casos de TB	Soma dos casos novos ^a e de retratamento ^c de TB	2019 a 2025	Sinan
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, migrante internacional, profissionais de saúde, população em situação de rua e indígenas	2015 a 2025	Sinan
Operacionais			
Proporção de casos novos ^a de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial ^d	Número de casos novos ^a de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial ^d dividido pelo total de casos novos ^a de TB pulmonar, multiplicado por 100	2014 a 2025	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, migrante internacional, profissionais de saúde, população em situação de rua e indígenas, dividido pelo total de casos novos ^a diagnosticados, multiplicado por 100	2025	Sinan
Risco para o adoecimento por TB entre populações em situação de maior vulnerabilidade (PVHA, PPL e indígenas)	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	2025	Sinan, Sisdepen, IBGE
Proporção de desfechos de tratamento dos casos novos ^a de TB diagnosticados em populações em situação de vulnerabilidade ^e	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	2020 a 2024	Sinan

continua

continuação

Nome	Método de cálculo	Período de análise	Fonte de dados
Casos de TB notificados como pós-óbito	Número de casos ^a de TB com tipo de entrada no Sinan "pós-óbito"	2025	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	2025	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	2021 a 2025	Relatórios da rede de TRM-TB
Positividade de exames realizados pelo TRM-TB	Número de TRM-TB com resultado positivo, dividido pelo total de TRM-TB realizados, multiplicado por 100	2021 a 2025	Relatórios da rede de TRM-TB
Número de TRM-TB realizados	Número de testes rápidos moleculares para diagnóstico da TB por ano de realização do teste	2021 a 2025	Relatórios da rede de TRM-TB
Proporção de casos novos ^a de TB pulmonar que realizaram cultura de 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	2025	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	2025	Sinan
Proporção de casos de retratamento ^c de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial ^d	Número de casos de retratamento ^c de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial ^d , dividido pelo total de casos de retratamento ^d de TB pulmonar, multiplicado por 100	2025	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 TB pulmonar, multiplicado por 100	2025	Sinan
Positividade da cultura de escarro entre os casos de retratamento ^c de TB pulmonar que realizaram o exame	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	2025	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	2025	Sinan
Proporção de contatos dos casos novos ^a de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial ^d examinados	Número de contatos dos casos novos ^a de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial ^d examinados, dividido pelo total de contatos dos casos novos ^a de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial ^d identificados, multiplicado por 100	2024	Sinan

continua

continuação

Nome	Método de cálculo	Período de análise	Fonte de dados
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	2025	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	2025	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	2025	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 TB com resultado positivo para HIV (desfechos de tratamento: cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), multiplicado por 100	2012 a 2024	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	2024	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 (desfechos de tratamento: cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), multiplicado por 100	2024	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 (desfechos de tratamento: cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), multiplicado por 100	2024	Sinan
Proporção dos desfechos de tratamento dos casos novos ^a de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial ^{d,e}	Número de casos novos ^a de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial segundo desfecho de tratamento (cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), dividido pelo total de casos novos ^a de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial (desfechos de tratamento: cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), multiplicado por 100	2012 a 2024	Sinan

continua

continuação

Nome	Método de cálculo	Período de análise	Fonte de dados
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	2024	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 (desfechos de tratamento: cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), multiplicado por 100	2024	Sinan
Proporção de desfechos de tratamento dos casos de retratamento ^c de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial ^e	Número de casos de retratamento ^c de TB pulmonar confirmados por critério 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 confirmados por critério laboratorial (desfechos de tratamento: cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado), multiplicado por 100	2024	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	2015-2025	Site-TB
Casos novos com resistência à rifampicina que iniciaram o tratamento com BPaL ^f	Número de casos novos com alguma resistência à rifampicina (qualquer resistência à rifampicina, excluídos extrapulmonares/mista, gestantes, menores de 14 anos ou com resistência à bedaquilina e/ou linezolida) que iniciaram o tratamento com BPaL	2024-2025	Site-TB
Proporção de cobertura de casos novos que iniciaram o tratamento com BPaL ^f	Número de casos novos com alguma resistência à rifampicina que iniciaram o tratamento com BPaL dividido pelo número de casos novos com alguma resistência à rifampicina elegíveis para o tratamento, multiplicado por 100	2024-2025	Site-TB
Proporção de desfechos de tratamento dos casos novos de TB multidrogarresistente e resistente à rifampicina (TB MDR/RR) ^g	Número de casos novos de TB MDR/RR ^g segundo desfecho de tratamento (sucesso do tratamento, interrupção do tratamento, óbito ou outros encerramentos) dividido pelo total de casos novos de TB MDR/RR ^g , multiplicado por 100	2015 a 2023	Site-TB
Pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da TB	Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da TB	2018 a 2025	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	2024	IL-TB, Silt e Vigilantes
Proporção de realização isolada e combinada de baciloscopia, TRM-TB e cultura entre os casos novos de tuberculose (Diagrama de Venn)	Número de casos novos que tiveram acesso às diferentes combinações dos métodos diagnósticos avaliados (baciloscopia, TRM TB e cultura), dividido pelo total de casos novos de tuberculose, multiplicado por 100. Para cada caso, foi identificada a realização ou não de cada método para compor os conjuntos e suas interseções. Proporções representadas por meio do Diagrama de Venn	2019 e 2025	Sinan, SES, MS

Fonte: CGTM/Dathi/SVSA/MS.

Legenda: APS = Atenção Primária à Saúde; BPaL = bedaquilina, pretomanida e linezolida; 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; TB MDR/RR = tuberculose multidrogarresistente e resistente à rifampicina; SES = Secretarias Estaduais de Saúde; MS = Ministério da Saúde.

^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 drogarresistente, pois esses casos são acompanhados no Site-TB, e os desfechos finais não estão disponíveis no Sinan. Os encerramentos por Mudança de diagnóstico são excluídos por não se tratar de casos de tuberculose.

^f Período de análise se restringe aos anos de implementação do esquema encurtado de TB DR com o BPaL.

^g 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.

Tabelas

Tabelas

Tabela 1 – Indicadores epidemiológicos e operacionais dos casos novos de tuberculose por unidades federativas, regiões e Brasil, 2025^{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	84368	39,7	72596	86,0	26629	31,6	57699	68,4	540	0,5	
Norte	11636	61,9	10042	86,3	3896	33,5	7709	66,3	26	0,2	
Rondônia	688	39,3	603	87,6	180	26,2	508	73,8	1	0,1	
Acre	502	56,8	443	88,2	184	36,7	318	63,3	2	0,3	
Amazonas	4020	93,0	3560	88,6	1414	35,2	2575	64,1	7	0,1	
Roraima	452	61,2	400	88,5	126	27,9	326	72,1	3	0,6	
Pará	5225	60,0	4423	84,7	1775	34,0	3450	66,0	11	0,2	
Amapá	484	60,0	379	78,3	122	25,2	362	74,8	1	0,2	
Tocantins	265	16,7	234	88,3	95	35,8	170	64,2	1	0,3	
Nordeste	20467	35,8	17798	87,0	6615	32,3	13848	67,7	173	0,6	
Maranhão	2802	39,9	2556	91,2	912	32,5	1890	67,5	16	0,4	
Piauí	786	23,2	682	86,8	249	31,7	537	68,3	1	0,1	
Ceará	3472	37,5	3019	87,0	1167	33,6	2305	66,4	37	0,8	
Rio Grande do Norte	1120	32,4	992	88,6	359	32,1	761	67,9	11	0,8	
Paraíba	1385	33,3	1144	82,6	415	30,0	970	70,0	10	0,5	
Pernambuco	5128	53,6	4426	86,3	1626	31,7	3501	68,3	71	1,0	
Alagoas	880	27,3	760	86,4	285	32,4	595	67,6	1	0,1	
Sergipe	698	30,4	626	89,7	207	29,7	491	70,3	4	0,4	
Bahia	4196	28,2	3593	85,6	1395	33,2	2798	66,7	22	0,4	
Sudeste	38130	42,9	32923	86,3	11651	30,6	26475	69,4	284	0,6	
Minas Gerais	4401	20,6	3656	83,1	1261	28,7	3140	71,3	10	0,2	
Espírito Santo	1679	40,7	1383	82,4	500	29,8	1179	70,2	13	0,6	
Rio de Janeiro	12159	70,6	10891	89,6	3879	31,9	8276	68,1	50	0,3	
São Paulo	19891	43,2	16993	85,4	6011	30,2	13880	69,8	211	0,8	
Sul	9879	31,6	8162	82,6	3189	32,3	6689	67,7	37	0,3	
Paraná	2461	20,7	2006	81,5	793	32,2	1667	67,7	9	0,3	
Santa Catarina	2159	26,4	1762	81,6	708	32,8	1451	67,2	11	0,4	
Rio Grande do Sul	5259	46,8	4394	83,6	1688	32,1	3571	67,9	17	0,2	
Centro-Oeste	4256	24,7	3671	86,3	1278	30,0	2978	70,0	20	0,4	
Mato Grosso do Sul	1383	47,3	1196	86,5	393	28,4	990	71,6	3	0,2	
Mato Grosso	1349	34,6	1202	89,1	442	32,8	907	67,2	5	0,3	
Goiás	1106	14,9	943	85,3	329	29,7	777	70,3	10	0,7	
Distrito Federal	418	13,9	330	78,9	114	27,3	304	72,7	2	0,4	

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

Legenda: UF = unidades federativas; TB = tuberculose.

^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2026. 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, 2025^{ab}

Capitais	Casos novos de TB		Coeficiente de incidência de TB		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	%	Casos novos/ 100 mil hab.	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Total	30450	14,3	25922	85,1	10113	33,2	20300	66,7	269	0,9		
Porto Velho	401	77,5	351	87,5	105	26,2	296	73,8	0	0,0		
Rio Branco	285	73,3	249	87,4	106	37,2	179	62,8	1	0,4		
Manaus	2908	126,2	2559	88,0	1029	35,4	1849	63,6	4	0,1		
Boa Vista	336	69,2	290	86,3	89	26,5	247	73,5	3	0,9		
Belém	1714	122,7	1238	72,2	626	36,5	1088	63,5	1	0,1		
Macapá	351	71,7	272	77,5	80	22,8	271	77,2	0	0,0		
Palmas	56	17,1	51	91,1	17	30,4	39	69,6	1	1,8		
São Luís	917	84,2	809	88,2	274	29,9	643	70,1	6	0,7		
Teresina	278	30,7	237	85,3	97	34,9	181	65,1	1	0,4		
Fortaleza	1492	57,9	1310	87,8	555	37,2	937	62,8	24	1,6		
Natal	383	48,8	339	88,5	134	35,0	249	65,0	2	0,5		
João Pessoa	499	55,6	425	85,2	142	28,5	357	71,5	5	1,0		
Recife	1521	95,8	1317	86,6	557	36,6	963	63,3	35	2,3		
Maceió	412	41,4	347	84,2	132	32,0	280	68,0	1	0,2		
Aracaju	257	40,7	223	86,8	95	37,0	162	63,0	1	0,4		
Salvador	1463	57,1	1249	85,4	521	35,6	941	64,3	12	0,8		
Belo Horizonte	622	25,7	488	78,5	197	31,7	425	68,3	0	0,0		
Vitória	172	50,1	114	66,3	69	40,1	103	59,9	1	0,6		
Rio de Janeiro	6067	90,1	5417	89,3	1949	32,1	4114	67,8	30	0,5		
São Paulo	7174	60,3	6054	84,4	2295	32,0	4879	68,0	132	1,8		
Curitiba	398	21,7	288	72,4	139	34,9	258	64,8	0	0,0		
Florianópolis	214	36,4	176	82,2	76	35,5	138	64,5	2	0,9		
Porto Alegre	1104	79,5	913	82,7	406	36,8	698	63,2	0	0,0		
Campo Grande	445	46,2	388	87,2	127	28,5	318	71,5	0	0,0		
Cuiabá	336	48,6	300	89,3	122	36,3	214	63,7	1	0,3		
Goiânia	227	15,1	188	82,8	60	26,4	167	73,6	4	1,8		
Brasília	418	13,9	330	78,9	114	27,3	304	72,7	2	0,5		

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

Legenda: TB = tuberculose.

^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2026. 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 federativas, regiões e Brasil, 2024^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Óbitos por TB		Coeficiente de mortalidade por TB		Óbitos por TB						
	n	Óbitos/ 100 mil hab.	n	Óbitos/ 100 mil hab.	0 a 14 anos		15 a 59 anos		60 anos e mais		
					%	Óbitos/ 100 mil hab.	%	Óbitos/ 100 mil hab.	n	%	n
Brasil	6376	3,0	58	0,9	0,1	3725	58,4	2,7	2571	40,3	7,5
Norte	749	4,0	23	3,1	0,5	397	53,0	3,3	323	43,1	16,2
Rondônia	41	2,3	1	2,4	0,3	27	65,9	2,4	12	29,3	5,5
Acre	34	3,9	1	2,9	0,4	22	64,7	3,9	11	32,4	13,0
Amazonas	266	6,2	13	4,9	1,1	137	51,5	5,0	113	42,5	28,5
Roraima	29	4,0	4	13,8	2,0	15	51,7	3,3	10	34,5	16,9
Pará	344	4,0	4	1,2	0,2	177	51,5	3,1	161	46,8	16,7
Amapá	20	2,5	0	0,0	0,0	11	55,0	2,1	9	45,0	13,1
Tocantins	15	1,0	0	0,0	0,0	8	53,3	0,8	7	46,7	3,4
Nordeste	1854	3,2	10	0,5	0,1	1094	59,0	3,0	746	40,2	8,8
Maranhão	242	3,5	4	1,7	0,2	124	51,2	2,7	113	46,7	12,9
Piauí	78	2,3	0	0,0	0,0	46	59,0	2,1	32	41,0	6,1
Ceará	254	2,8	0	0,0	0,0	146	57,5	2,4	107	42,1	7,7
Rio Grande do Norte	83	2,4	0	0,0	0,0	54	65,1	2,4	29	34,9	5,4
Paraíba	117	2,8	0	0,0	0,0	75	64,1	2,8	42	35,9	6,4
Pernambuco	475	5,0	0	0,0	0,0	294	61,9	4,8	179	37,7	12,5
Alagoas	79	2,5	0	0,0	0,0	51	64,6	2,5	28	35,4	6,4
Sergipe	71	3,1	3	4,2	0,6	45	63,4	3,0	23	32,4	7,3
Bahia	455	3,1	3	0,7	0,1	259	56,9	2,7	193	42,4	8,4
Sudeste	2699	3,0	15	0,6	0,1	1634	60,5	2,9	1039	38,5	6,6
Minas Gerais	349	1,6	1	0,3	0,0	201	57,6	1,5	147	42,1	3,8
Espirito Santo	147	3,6	2	1,4	0,2	84	57,1	3,2	59	40,1	8,7
Rio de Janeiro	829	4,8	2	0,2	0,1	469	56,6	4,3	355	42,8	10,9
São Paulo	1374	3,0	10	0,7	0,1	880	64,0	3,0	478	34,8	6,0
Sul	689	2,2	8	1,2	0,1	386	56,0	2,0	295	42,8	5,2
Paraná	193	1,6	3	1,6	0,1	114	59,1	1,5	76	39,4	3,8
Santa Catarina	108	1,3	1	0,9	0,1	67	62,0	1,3	40	37,0	3,1
Rio Grande do Sul	388	3,5	4	1,0	0,2	205	52,8	3,0	179	46,1	7,7
Centro-Oeste	385	2,3	2	0,5	0,1	214	55,6	1,9	168	43,6	7,2
Mato Grosso do Sul	127	4,4	1	0,8	0,2	83	65,4	4,5	43	33,9	10,3
Mato Grosso	108	2,8	1	0,9	0,1	50	46,3	2,0	57	52,8	12,1
Goiás	110	1,5	0	0,0	0,0	55	50,0	1,1	55	50,0	5,2
Distrito Federal	40	1,3	0	0,0	0,0	26	65,0	1,3	13	32,5	3,2

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

Legenda: UF = unidades federativas; TB = tuberculose.

^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2026. 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, 2024^{a,b}

Capitais	Óbitos por TB		Coeficiente de mortalidade por TB		Óbitos por TB						
	n	Óbitos/100 mil hab.	0 a 14 anos		15 a 59 anos		60 anos e mais		n	%	Óbitos/100 mil hab.
			n	%	n	%	n	%			
Total	2070	4,2	19	0,9	1236	59,7	3,9	806	38,9	9,8	
Porto Velho	28	5,4	1	3,6	18	64,3	5,3	9	32,1	16,2	
Rio Branco	19	4,9	0	0,0	15	78,9	5,8	4	21,1	9,8	
Manaus	167	7,3	9	5,4	92	55,1	6,0	63	37,7	27,7	
Boa Vista	18	3,8	2	11,1	9	50,0	2,9	7	38,9	18,6	
Belém	136	9,7	0	0,0	68	50,0	7,3	68	50,0	29,7	
Macapá	14	2,9	0	0,0	8	57,1	2,5	6	42,9	14,0	
Palmas	1	0,3	0	0,0	1	100,0	0,4	0	0,0	0,0	
São Luís	73	6,7	0	0,0	46	63,0	6,2	27	37,0	18,7	
Teresina	23	2,5	0	0,0	16	69,6	2,7	7	30,4	5,4	
Fortaleza	116	4,5	0	0,0	79	68,1	4,6	36	31,0	8,9	
Natal	33	4,2	0	0,0	20	60,6	4,0	13	39,4	9,3	
João Pessoa	40	4,5	0	0,0	24	60,0	4,1	16	40,0	11,8	
Recife	136	8,6	0	0,0	79	58,1	7,7	57	41,9	19,8	
Maceió	30	3,0	0	0,0	19	63,3	2,9	11	36,7	7,9	
Aracaju	22	3,5	2	9,1	13	59,1	3,1	7	31,8	7,1	
Salvador	156	6,1	1	0,6	83	53,2	4,8	72	46,2	16,4	
Belo Horizonte	40	1,7	0	0,0	24	60,0	1,5	16	40,0	3,2	
Vitória	10	2,9	0	0,0	6	60,0	2,8	4	40,0	5,8	
Rio de Janeiro	308	4,6	0	0,0	179	58,1	4,2	129	41,9	9,6	
São Paulo	440	3,7	4	0,9	290	65,9	3,8	142	32,3	6,8	
Curitiba	25	1,4	0	0,0	16	64,0	1,3	9	36,0	2,6	
Florianópolis	11	1,9	0	0,0	5	45,5	1,3	6	54,5	6,0	
Porto Alegre	74	5,3	0	0,0	40	54,1	4,7	34	45,9	11,0	
Campo Grande	56	5,9	0	0,0	37	66,1	6,1	19	33,9	13,1	
Cuiabá	26	3,8	0	0,0	10	38,5	2,2	16	61,5	17,1	
Goiânia	28	1,9	0	0,0	13	46,4	1,3	15	53,6	6,4	
Brasília	40	1,3	0	0,0	26	65,0	1,3	13	32,5	3,2	

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

Legenda: TB = tuberculose.

^a Banco extraído e qualificado em janeiro/2026. 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 5 – Indicadores de infecção TB-HIV por unidades federativas, regiões e Brasil, 2025^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Casos novos de TB		Testagem para HIV entre os casos novos de TB		Coinfecção TB-HIV entre os casos novos de TB		Realização de Tarv entre os casos novos de TB com coinfecção TB-HIV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	84368	72723	86,2	11809	14,0	7630	64,6	
Norte	11636	10110	86,9	2001	17,2	1225	61,2	
Roraima	688	566	82,3	102	14,8	62	60,8	
Acre	502	481	95,8	27	5,4	20	74,1	
Amazonas	4020	3425	85,2	570	14,2	415	72,8	
Roraima	452	436	96,5	88	19,5	78	88,6	
Pará	5225	4497	86,1	1080	20,7	542	50,2	
Amapá	484	469	96,9	100	20,7	79	79,0	
Tocantins	265	236	89,1	34	12,8	29	85,3	
Nordeste	20467	16485	80,5	2962	14,5	1691	57,1	
Maranhão	2802	2455	87,6	445	15,9	324	72,8	
Piauí	786	583	74,2	115	14,6	71	61,7	
Ceará	3472	2949	84,9	426	12,3	228	53,5	
Rio Grande do Norte	1120	960	85,7	143	12,8	82	57,3	
Paraíba	1385	1025	74,0	291	21,0	162	55,7	
Pernambuco	5128	3980	77,6	753	14,7	404	53,7	
Alagoas	880	740	84,1	157	17,8	70	44,6	
Sergipe	698	602	86,2	60	8,6	38	63,3	
Bahia	4196	3191	76,0	572	13,6	312	54,5	
Sudeste	38130	33736	88,5	4328	11,4	2973	68,7	
Minas Gerais	4401	3623	82,3	439	10,0	281	64,0	
Espírito Santo	1679	1361	81,1	226	13,5	152	67,3	
Rio de Janeiro	12159	10808	88,9	1550	12,7	1038	67,0	
São Paulo	19891	17944	90,2	2113	10,6	1502	71,1	
Sul	9879	8692	88,0	1800	18,2	1238	68,8	
Paraná	2461	2005	81,5	469	19,1	343	73,1	
Santa Catarina	2159	1945	90,1	369	17,1	265	71,8	
Rio Grande do Sul	5259	4742	90,2	962	18,3	630	65,5	
Centro-Oeste	4256	3700	86,9	718	16,9	503	70,1	
Mato Grosso do Sul	1383	1146	82,9	239	17,3	158	66,1	
Mato Grosso	1349	1232	91,3	173	12,8	109	63,0	
Goiás	1106	957	86,5	229	20,7	171	74,7	
Distrito Federal	418	365	87,3	77	18,4	65	84,4	

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

Legenda: UF = unidades federativas; TB = tuberculose; Tarv = terapia antirretroviral.

^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2026. 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 6 – Indicadores de coinfeção TB-HIV por capitais. Brasil, 2025^{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	30450	88,7	27021	88,7	4930	16,2	3492	70,8
Porto Velho	401	78,1	313	78,1	50	12,5	25	50,0
Rio Branco	285	96,8	276	96,8	22	7,7	17	77,3
Manaus	2908	86,1	2504	86,1	459	15,8	350	76,3
Boa Vista	336	98,2	330	98,2	72	21,4	66	91,7
Belém	1714	80,7	1383	80,7	506	29,5	242	47,8
Macapá	351	98,6	346	98,6	76	21,7	60	78,9
Palmas	56	92,9	52	92,9	4	7,1	4	100,0
São Luís	917	99,2	910	99,2	133	14,5	111	83,5
Teresina	278	84,5	235	84,5	56	20,1	39	69,6
Fortaleza	1492	80,6	1202	80,6	210	14,1	104	49,5
Natal	383	80,9	310	80,9	61	15,9	29	47,5
João Pessoa	499	78,8	393	78,8	107	21,4	78	72,9
Recife	1521	87,8	1336	87,8	264	17,4	187	70,8
Maceió	412	84,0	346	84,0	88	21,4	36	40,9
Aracaju	257	80,9	208	80,9	25	9,7	18	72,0
Salvador	1463	77,1	1128	77,1	246	16,8	124	50,4
Belo Horizonte	622	91,8	571	91,8	91	14,6	72	79,1
Vitória	172	90,7	156	90,7	54	31,4	43	79,6
Rio de Janeiro	6067	93,0	5641	93,0	741	12,2	587	79,2
São Paulo	7174	91,6	6571	91,6	1012	14,1	823	81,3
Curitiba	398	89,2	355	89,2	119	29,9	103	86,6
Florianópolis	214	82,2	176	82,2	36	16,8	22	61,1
Porto Alegre	1104	93,9	1037	93,9	250	22,6	188	75,2
Campo Grande	445	88,5	394	88,5	78	17,5	46	59,0
Cuiabá	336	90,8	305	90,8	39	11,6	10	25,6
Goiania	227	78,4	178	78,4	54	23,8	43	79,6
Brasília	418	87,3	365	87,3	77	18,4	65	84,4

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

Legenda: TB = tuberculose; Tarv = terapia antirretroviral.

^a Branco extraído e qualificado em fevereiro/2026. 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 federativas, regiões e Brasil, 2024 e 2025^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Casos novos de pulmo- nar		Casos novos de TB pulmo- nar confirmados por critério laboratorial		Casos novos de TB pulmo- nar que realizaram TRM		Casos novos de TB pulmo- nar que realizaram cultura		Casos de reatrata- mento de TB pulmo- nar		Casos de retratamento de TB pulmo- nar confirmados por critério laboratorial		Cultura de escarro entre os casos de retratamento de TB pulmo- nar		Positividade da cultura entre os exames de cultura realizados em casos de retratamento de TB pulmo- nar		Realização de TS entre os casos de retratamento de TB pulmo- nar com cultura positiva		Contatos examinados dos casos novos de TB pulmo- nar com confirmação laboratorial ^c		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Contatos identificados	Contatos examinados	%
Brasil	72596	53694	74,0	41676	57,4	21629	29,8	21462	15757	73,4	7417	34,6	5480	73,9	2931	53,5	169571	120075	70,8		
Norte	10042	7351	73,2	5365	53,4	2026	20,2	2800	2096	74,9	651	23,2	505	77,6	303	60,0	25689	17449	67,9		
Roraima	603	500	82,9	424	70,3	80	13,3	199	157	78,9	23	11,6	13	56,5	8	61,5	1508	650	43,1		
Acre	443	375	84,7	263	59,4	187	42,2	97	78	80,4	49	50,5	45	91,8	41	91,1	1451	1391	95,9		
Amazonas	3560	2901	81,5	2762	77,6	1000	28,1	1258	1027	81,6	375	29,8	297	79,2	191	64,3	8810	5969	67,8		
Roraima	400	324	81,0	343	85,8	216	54,0	56	49	87,5	37	66,1	30	81,1	22	73,3	1771	1390	78,5		
Pará	4423	2771	62,6	1161	26,2	355	8,0	1061	678	63,9	123	11,6	83	67,5	22	26,5	9835	6135	62,4		
Amapá	379	315	83,1	260	68,6	99	26,1	102	85	83,3	32	31,4	28	87,5	12	42,9	1895	1569	82,8		
Tocantins	234	165	70,5	152	65,0	89	38,0	27	22	81,5	12	44,4	9	75,0	7	77,8	419	345	82,3		
Nordeste	17798	11865	66,7	7976	44,8	3451	19,4	4976	3296	66,2	987	19,8	742	75,2	218	29,4	43085	33194	77,0		
Maranhão	2556	1505	58,9	863	33,8	167	6,5	634	402	63,4	36	5,7	26	72,2	2	7,7	5614	4405	78,5		
Piauí	682	470	68,9	384	56,3	157	23,0	130	86	66,2	36	27,7	15	41,7	4	26,7	1555	885	56,9		
Ceará	3019	2202	72,9	1401	46,4	687	22,8	954	642	67,3	256	26,8	194	75,8	74	38,1	7454	5921	79,4		
Rio Grande do Norte	992	792	79,8	769	77,5	407	41,0	229	171	74,7	98	42,8	75	76,5	36	48,0	3062	2377	77,6		
Paraíba	1144	719	62,8	426	37,2	220	19,2	399	266	66,7	58	14,5	50	86,2	3	6,0	5167	4502	87,1		
Pernambuco	4426	2663	60,2	1508	34,1	694	15,7	1476	901	61,0	230	15,6	170	73,9	44	25,9	9580	7887	82,3		
Alagoas	760	510	67,1	444	58,4	218	28,7	160	103	64,4	55	34,4	47	85,5	14	29,8	1531	1047	68,4		
Sergipe	626	560	89,5	508	81,2	194	31,0	173	153	88,4	55	31,8	37	67,3	4	10,8	2410	2024	84,0		
Bahia	3593	2444	68,0	1673	46,6	707	19,7	821	572	69,7	163	19,9	128	78,5	37	28,9	6712	4146	61,8		
Sudeste	32923	25991	78,9	21631	65,7	12265	37,3	9664	7601	78,7	4413	45,7	3262	73,9	1839	56,4	74688	48505	64,9		
Minas Gerais	3656	2884	78,9	2522	69,0	1399	38,3	836	686	82,1	358	42,8	250	69,8	140	56,0	8876	7089	79,9		
Espirito Santo	1383	1128	81,6	982	71,0	746	53,9	410	352	85,9	234	57,1	196	83,8	160	81,6	3623	2054	56,7		
Rio de Janeiro	10891	8637	79,3	7857	72,1	3265	30,0	3745	2937	78,4	1377	36,8	1051	76,3	696	66,2	25979	14211	54,7		
São Paulo	16993	13342	78,5	10270	60,4	6855	40,3	4673	3626	77,6	2444	52,3	1765	72,2	843	47,8	36210	25151	69,5		
Sul	8162	6075	74,4	4714	57,8	2814	34,5	3087	2118	68,6	1007	32,6	730	72,5	440	60,3	16031	12499	78,0		
Paraná	2006	1562	77,9	1527	76,1	825	41,1	416	331	79,6	200	48,1	145	72,5	106	73,1	4717	3962	84,0		
Santa Catarina	1762	1309	74,3	1093	62,0	846	48,0	505	342	67,7	219	43,4	134	61,2	73	54,5	3626	3173	87,5		
Rio Grande do Sul	4394	3204	72,9	2094	47,7	1143	26,0	2166	1445	66,7	588	27,1	451	76,7	261	57,9	7688	5364	69,8		
Centro-Oeste	3671	2412	65,7	1990	54,2	1073	29,2	935	646	69,1	359	38,4	241	67,1	131	54,4	10078	8428	83,6		
Mato Grosso do Sul	1196	796	66,6	666	55,7	407	34,0	358	261	72,9	132	36,9	97	73,5	47	48,5	4516	4078	90,3		
Mato Grosso	1202	666	55,4	377	31,4	181	15,1	267	143	53,6	65	24,3	32	49,2	9	28,1	2545	2061	81,0		
Goiás	943	693	73,5	668	70,8	357	37,9	218	173	79,4	129	59,2	92	71,3	66	71,7	1790	1496	83,6		
Distrito Federal	330	257	77,9	279	84,5	128	38,8	92	69	75,0	33	35,9	20	60,6	9	45,0	1227	793	64,6		

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

Legenda: UF = unidades federativas; TB = tuberculose; TRM = teste rápido molecular; TS = teste de sensibilidade.

^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2026. 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.

^c 2024.

Tabela 8 – Indicadores laboratoriais e de investigação de contatos dos casos de tuberculose por capitais, Brasil, 2024 e 2025^{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 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 ^c		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Contatos identificados	Contatos examinados	%
Total	25922	78,3	20299	73,7	19098	36,3	9211	6803	73,9	3562	38,7	2665	74,8	1695	63,6	60432	36050	59,7			
Porto Velho	351	90,6	318	90,6	44	12,5	146	117	80,1	18	12,3	9	50,0	6	66,7	946	209	22,1			
Rio Branco	249	85,9	212	85,1	157	63,1	68	57	83,8	46	67,6	44	95,7	41	93,2	713	653	91,6			
Manaus	2559	85,1	2328	91,0	847	33,1	1024	875	85,4	341	33,3	278	81,5	189	68,0	5721	3194	55,8			
Boa Vista	290	82,1	258	89,0	181	62,4	41	35	85,4	28	68,3	24	85,7	19	79,2	1339	1162	86,8			
Belém	1238	86,1	545	44,0	97	7,8	373	260	69,7	41	11,0	29	70,7	7	24,1	2924	1079	36,9			
Macapá	272	84,2	202	74,3	73	26,8	83	69	83,1	27	32,5	23	85,2	11	47,8	1458	1191	81,7			
Palmas	51	82,4	43	84,3	29	56,9	3	0	0,0	1	33,3	1	100,0	1	100,0	91	59	64,8			
São Luís	809	74,9	572	70,7	33	4,1	318	237	74,5	14	4,4	8	57,1	0	0,0	2877	2347	81,6			
Teresina	237	76,8	188	79,3	63	26,6	52	35	67,3	13	25,0	6	46,2	0	0,0	568	279	49,1			
Fortaleza	1310	73,3	672	51,3	246	18,8	502	328	65,3	126	25,1	91	72,2	29	31,9	2096	1014	48,4			
Natal	339	80,5	270	79,6	161	47,5	89	65	73,0	37	41,6	28	75,7	15	53,6	651	309	47,5			
João Pessoa	425	73,3	238	56,0	41	9,6	182	128	70,3	20	11,0	19	95,0	0	0,0	4083	3602	88,2			
Recife	1317	78,0	507	38,5	177	13,4	569	328	57,6	77	13,5	50	64,9	16	32,0	2020	1270	62,9			
Maceió	347	72,0	251	72,3	115	33,1	92	57	62,0	35	38,0	31	88,6	11	35,5	576	268	46,5			
Aracaju	223	87,0	189	84,8	44	19,7	62	58	93,5	16	25,8	12	75,0	1	8,3	350	305	87,1			
Salvador	1249	80,5	1004	80,4	257	20,6	405	305	75,3	79	19,5	61	77,2	15	24,6	1793	600	33,5			
Belo Horizonte	488	87,1	391	80,1	235	48,2	95	83	87,4	44	46,3	33	75,0	26	78,8	694	581	83,7			
Vitória	114	89,5	104	91,2	88	77,2	60	54	90,0	29	48,3	27	93,1	23	85,2	363	223	61,4			
Rio de Janeiro	5417	84,0	4304	79,5	2397	44,2	1957	1601	81,8	990	50,6	775	78,3	546	70,5	13750	6832	49,7			
São Paulo	6054	77,0	4655	76,9	3183	52,6	1795	1273	70,9	1137	63,3	802	70,5	547	68,2	10860	5946	54,8			
Curitiba	288	89,6	253	87,8	108	37,5	70	58	82,9	34	48,6	26	76,5	21	80,8	389	364	93,6			
Florianópolis	176	76,1	140	79,5	82	46,6	116	58	50,0	41	35,3	18	43,9	14	77,8	287	118	41,1			
Porto Alegre	913	74,7	631	69,1	321	35,2	736	447	60,7	223	30,3	170	76,2	101	59,4	1227	715	58,3			
Campo Grande	388	77,1	325	83,8	173	44,6	150	123	82,0	61	40,7	47	77,0	22	46,8	2509	2322	92,5			
Cuiabá	300	62,3	72	24,0	32	10,7	77	42	54,5	15	19,5	6	40,0	3	50,0	666	456	68,5			
Goiania	188	73,4	147	78,2	98	52,1	54	41	75,9	36	66,7	27	75,0	22	81,5	254	159	62,6			
Brasília	330	77,9	279	84,5	128	38,8	92	69	75,0	33	36,9	20	60,6	9	45,0	1227	793	64,6			

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/2026. 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.

^c 2024.

Tabela 9 – Indicadores operacionais de encerramento do tratamento dos casos novos de tuberculose por unidades federativas, regiões e Brasil, 2024^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Casos novos de TB		TB pulmonar confirmada por critério laboratorial		TB pulmonar que realizou TDO		Cura			Interrupção do tratamento			Não avaliados			
	n	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	86204	74885	56388	33,3	63,4	63,0	65,5	15,2	15,9	16,5	12,6	12,4	10,9			
Norte	11886	10458	7812	26,3	64,2	64,1	66,2	16,7	16,9	17,1	12,3	12,1	10,9			
Roraima	474	426	358	71,4	69,0	68,2	70,7	11,8	12,2	12,0	10,5	10,8	10,5			
Pará	5464	4743	3226	31,5	61,2	61,4	64,0	13,0	12,7	12,4	20,0	19,9	19,1			
Amapá	445	405	316	37,5	74,6	74,8	78,5	15,0	14,5	13,8	3,2	3,0	2,6			
Tocantins	215	186	137	48,9	64,0	65,9	69,9	13,7	12,6	13,5	10,9	10,4	7,5			
Nordeste	21258	18544	12657	28,3	57,9	57,7	62,3	11,8	12,4	12,5	21,3	20,9	18,7			
Maranhão	2833	2573	1631	15,9	61,3	61,2	65,0	13,6	13,9	14,7	15,3	15,1	13,9			
Piauí	838	720	493	32,2	58,7	58,6	64,2	6,5	6,6	7,0	21,8	22,0	19,8			
Ceará	3487	3061	2198	46,8	59,8	59,0	61,7	13,7	14,5	14,0	18,5	18,2	17,6			
Rio Grande do Norte	1114	979	761	48,2	63,2	62,9	67,4	11,1	12,0	11,7	19,2	18,2	15,2			
Paraíba	1351	1136	752	18,8	50,3	49,8	56,0	11,2	11,9	11,7	28,4	28,0	24,1			
Pernambuco	5298	4547	2847	30,3	55,3	55,3	61,1	10,9	11,3	11,6	24,8	24,4	22,5			
Alagoas	1017	854	584	22,5	55,8	54,6	59,1	12,4	13,3	11,7	24,0	24,0	23,1			
Sergipe	804	710	639	32,5	67,4	68,0	69,7	13,4	14,5	14,2	10,3	8,8	8,5			
Bahia	4516	3964	2752	17,2	57,0	56,8	61,6	11,0	11,6	12,0	23,0	22,7	19,2			
Sudeste	39297	34054	27291	35,7	67,9	67,1	68,4	16,2	17,2	17,9	7,2	7,0	6,5			
Minas Gerais	4316	3669	3074	48,8	55,9	55,9	57,7	10,6	11,3	12,0	23,3	22,8	21,3			
Espírito Santo	1752	1493	1235	19,0	52,4	50,8	52,4	16,4	17,4	19,1	23,3	23,9	20,6			
Rio de Janeiro	12895	11532	9161	41,1	70,4	70,0	72,4	15,4	16,3	16,9	6,1	5,9	4,7			
São Paulo	20334	17360	13821	30,9	70,2	69,0	69,6	17,8	19,1	19,7	3,0	2,9	3,0			
Sul	9546	8116	6066	39,5	58,4	58,7	60,5	16,2	16,8	17,4	15,3	15,0	13,7			
Paraná	2412	2064	1639	57,6	58,8	58,8	61,7	9,6	10,0	10,5	21,0	21,1	18,0			
Santa Catarina	2192	1846	1417	35,7	65,7	66,3	67,1	16,5	17,1	17,5	10,2	9,2	9,0			
Rio Grande do Sul	4942	4206	3010	32,3	55,0	55,4	56,6	19,3	20,0	21,1	14,9	14,5	13,5			
Centro-Oeste	4217	3713	2562	42,4	57,8	57,8	60,3	16,3	16,6	17,4	14,0	13,9	13,6			
Mato Grosso do Sul	1412	1268	961	44,4	52,4	52,9	54,9	18,2	18,2	19,4	18,8	18,5	17,5			
Mato Grosso	1358	1231	675	39,6	61,0	60,7	65,1	15,6	15,9	16,9	11,3	11,2	10,3			
Goiás	994	853	642	40,7	62,8	62,8	66,5	15,6	15,9	15,3	9,2	9,5	9,3			
Distrito Federal	453	361	284	48,8	54,3	53,1	52,7	14,0	14,6	16,8	18,2	17,4	18,3			

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

Legenda: UF - unidades federativas; TB - tuberculose; TDO - tratamento diretamente observado.

^a Banco extraído em fevereiro/2026. 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 retratamento da tuberculose por unidades federativas, regiões e Brasil, 2024^{ab}

Brasil, regiões e UF	Retratamentos de TB		TB pulmonar confirmada por critério laboratorial		TB pulmonar que realizou TDO		Cura			Interrupção do tratamento						Não avaliados					
	n		n		n		TB	TB pulmonar confirmada por critério laboratorial	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	TB	TB pulmonar	TB pulmonar confirmada por critério laboratorial	
							%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Brasil	23818	22449	16674	281	41,7	41,7	43,8	33,8	34,3	34,3	16,7	16,4	15,2	13,9	3,2	2,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4
Norte	2909	2731	2022	18,7	42,7	42,6	42,9	35,0	35,4	37,1	15,2	15,1	13,9	3,2	2,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	
Roraima	71	66	58	65,2	53,0	50,9	50,9	24,2	26,2	26,4	13,6	13,1	11,3	22,9	1,7	17,4	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4
Pará	1159	1081	738	28,8	43,0	43,8	46,7	24,6	24,2	23,8	25,0	24,8	22,9	1,7	17,4	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	
Amapá	90	83	62	30,1	59,8	61,3	65,0	29,9	30,0	30,0	2,3	2,5	1,7	17,4	1,7	17,4	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4
Tocantins	37	34	23	41,2	43,2	41,2	47,8	40,5	41,2	34,8	13,5	14,7	17,4	1,7	17,4	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	
Nordeste	5718	5365	3630	26,0	35,7	35,6	37,1	29,1	29,7	30,8	26,2	25,8	25,2	13,9	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	
Maranhão	707	687	483	11,4	38,9	38,3	38,8	34,4	34,9	38,8	15,9	15,6	13,1	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Piauí	117	105	78	29,5	36,7	38,1	40,8	25,7	25,8	29,6	28,4	25,8	23,9	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Ceará	1042	971	649	48,0	29,8	28,8	28,7	36,5	37,9	36,4	26,9	27,2	28,7	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Rio Grande do Norte	291	268	215	47,0	38,7	40,5	41,7	27,1	27,5	26,1	27,1	25,6	27,0	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Paraíba	377	354	243	12,1	28,9	29,0	31,9	32,7	33,0	36,2	31,3	31,3	26,8	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Pernambuco	1821	1688	1020	24,8	36,9	37,0	40,1	24,7	25,1	25,1	27,4	27,1	27,9	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Alagoas	249	231	168	16,0	25,5	24,9	26,5	35,4	36,0	35,8	31,7	31,1	30,2	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Sergipe	193	191	171	38,2	55,0	55,3	55,4	28,6	28,2	27,4	14,3	14,4	14,9	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Bahia	921	870	603	14,4	37,7	37,4	36,8	23,5	24,2	27,5	29,0	28,5	26,6	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Sudeste	10734	10256	8117	29,3	47,2	47,1	49,0	35,2	35,7	35,1	10,3	10,1	9,5	24,7	22,7	20,2	20,8	19,8	18,8	15,2	13,9
Minas Gerais	914	856	697	42,8	36,7	37,1	38,2	29,1	29,0	28,9	25,9	25,5	24,7	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Espirito Santo	520	492	414	16,7	27,5	27,8	29,5	35,2	35,7	36,4	32,2	31,5	29,2	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Rio de Janeiro	3828	3714	2975	38,0	49,6	49,5	52,4	34,5	34,8	33,9	9,7	9,6	8,7	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
São Paulo	5472	5194	4031	22,0	49,2	48,9	50,4	36,8	37,4	36,9	6,0	5,8	5,5	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Sul	3341	3065	2173	33,7	34,7	34,7	38,0	36,3	36,4	34,2	20,8	20,9	19,8	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Paraná	529	485	398	60,0	37,4	35,8	36,6	19,2	20,1	20,4	35,2	35,3	33,8	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Santa Catarina	535	488	374	28,7	34,6	33,0	36,5	35,0	36,3	34,3	23,2	23,6	20,8	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Rio Grande do Sul	2277	2092	1401	28,8	34,1	34,8	38,8	40,6	40,2	38,2	16,9	17,0	15,6	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Centro-Oeste	1116	1032	732	35,9	36,3	36,7	38,0	34,4	34,5	34,4	20,7	20,3	19,2	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Mato Grosso do Sul	455	416	311	35,8	31,2	30,5	31,5	39,5	39,6	36,3	21,9	22,3	23,3	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Mato Grosso	301	285	169	33,0	41,9	43,2	47,9	24,0	23,9	24,2	22,6	21,4	18,8	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Goiás	239	222	169	38,7	41,4	41,0	41,1	35,2	36,7	37,3	16,3	16,2	15,2	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4
Distrito Federal	121	109	83	37,6	31,3	34,0	35,1	40,0	39,8	42,9	20,0	17,5	13,0	12,7	10,1	11,3	22,9	1,7	17,4	1,7	17,4

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

Legenda: UF = unidades federativas; TB = tuberculose; TDO = tratamento diretamente observado.

^a Banco extratido e qualificado em fevereiro/2026. 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, 2024^{ab}

Capitais	Casos novos 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 confirmada por critério laboratorial	TB pulmonar	%	TB pulmonar confirmada por critério laboratorial	TB pulmonar	%
Total	31343	26862	21279	31,9	63,2	62,4	64,3	18,8	19,7	20,0	9,7	9,5	8,9	
Porto Velho	444	372	340	2,4	59,7	59,0	59,9	31,6	32,6	31,8	1,9	1,7	1,8	
Rio Branco	304	258	224	13,2	76,9	76,7	77,7	12,7	14,2	14,1	1,3	0,8	0,9	
Manaus	2898	2584	2098	3,8	62,5	61,8	62,2	24,9	25,8	26,0	5,3	5,3	5,0	
Boa Vista	336	300	260	80,7	69,8	68,6	70,5	11,3	12,3	11,8	11,9	11,9	11,0	
Belém	1892	1463	1015	21,2	53,7	52,5	55,4	14,8	13,6	13,6	27,1	29,2	28,3	
Macapá	315	285	228	36,1	74,7	74,8	79,6	16,0	15,6	13,8	2,9	2,5	2,2	
Palmas	41	30	25	36,7	67,5	72,4	75,0	15,0	13,8	16,7	10,0	10,3	8,3	
São Luís	926	815	662	5,2	64,3	62,9	65,5	19,7	20,6	20,3	8,5	8,6	9,1	
Teresina	305	256	202	26,6	66,2	66,5	68,5	11,8	12,1	12,2	11,8	12,1	12,7	
Fortaleza	1489	1300	937	35,8	53,5	52,8	55,6	21,5	22,8	22,3	17,1	16,0	15,3	
Natal	412	366	276	20,2	56,9	57,2	59,9	18,3	19,2	20,2	18,3	16,9	14,0	
João Pessoa	503	427	338	2,3	57,7	55,7	58,4	14,7	15,9	15,6	16,9	18,0	18,6	
Recife	1615	1383	882	17,2	59,0	59,1	64,5	17,8	18,3	17,4	13,5	13,2	12,8	
Maceió	448	367	248	6,3	58,1	57,9	63,0	16,3	16,8	14,6	19,5	19,0	17,5	
Aracaju	257	221	193	7,7	62,7	61,6	63,4	19,8	22,8	23,6	6,7	5,0	4,2	
Salvador	1486	1282	1031	5,3	51,3	51,0	55,4	13,9	14,5	14,7	26,4	26,5	23,8	
Belo Horizonte	576	449	407	40,8	63,0	59,9	59,9	9,6	10,5	10,6	17,6	19,4	19,4	
Vitória	161	127	119	8,7	50,3	47,6	47,0	21,0	22,6	23,9	20,4	21,0	21,4	
Rio de Janeiro	6318	5640	4747	66,2	74,9	74,6	76,1	14,1	14,9	15,2	3,3	3,0	2,7	
São Paulo	7464	6284	4957	34,8	66,4	64,5	64,8	21,1	22,8	23,8	3,2	3,0	3,3	
Curitiba	319	250	220	42,4	59,4	55,0	55,6	13,2	14,0	12,6	13,9	16,5	16,8	
Florianópolis	232	191	158	3,7	43,4	42,3	42,9	46,5	46,6	46,2	6,6	6,9	7,1	
Porto Alegre	1084	903	687	9,1	48,8	49,2	50,0	26,6	28,0	29,9	15,2	15,1	13,1	
Campo Grande	536	481	409	31,8	43,9	44,9	45,8	26,7	26,6	26,4	18,8	18,1	18,7	
Cuiabá	356	321	217	30,2	53,0	52,5	56,0	17,6	17,6	17,1	19,3	19,2	17,6	
Goiânia	173	146	115	24,0	52,7	50,7	54,5	24,9	26,1	25,9	10,7	10,6	10,7	
Brasília	453	361	284	48,8	54,3	53,1	52,7	14,0	14,6	16,8	18,2	17,4	18,3	

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/2026. 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, 2024^{a,b}

Capitais	Retratamentos de TB		TB pulmonar confirmada por critério laboratorial	TB pulmonar confirmada que realizou TDO	Cura		Interrupção do tratamento			Não avaliados			
	n	%			TB pulmonar confirmada por critério laboratorial	%	TB pulmonar confirmada por critério laboratorial	%	TB pulmonar confirmada por critério laboratorial	%	TB pulmonar confirmada por critério laboratorial	%	TB pulmonar confirmada por critério laboratorial
Total	10476	9849	7366	25,4	36,7	36,7	39,0	40,9	41,2	41,0	14,6	14,4	13,2
Porto Velho	181	170	128	1,2	37,3	37,1	38,4	54,8	54,5	53,6	2,8	3,0	3,2
Rio Branco	89	79	61	12,7	57,5	57,1	55,9	32,2	33,8	39,0	1,1	1,3	1,7
Manaus	952	907	735	2,8	35,2	34,5	32,0	48,8	49,8	52,4	9,3	9,3	10,0
Boa Vista	57	52	47	73,1	51,9	49,0	50,0	22,2	24,5	25,0	16,7	16,3	13,6
Belém	460	406	294	20,7	34,5	35,7	38,5	27,9	25,7	27,0	30,8	31,9	28,8
Macapá	60	55	43	34,5	52,6	53,8	61,0	36,8	36,5	34,1	1,8	1,9	0,0
Palmas	13	12	8	33,3	30,8	33,3	37,5	46,2	41,7	37,5	23,1	25,0	25,0
São Luis	382	374	301	5,1	39,0	38,3	40,4	44,7	45,0	45,6	8,7	8,9	7,7
Teresina	54	46	34	19,6	32,0	33,3	38,7	28,0	28,6	29,0	28,0	23,8	22,6
Fortaleza	611	563	366	45,3	22,2	20,6	18,5	44,2	46,0	44,0	26,7	27,1	30,4
Natal	115	109	79	20,2	26,8	27,4	26,0	32,1	31,1	31,2	35,7	35,8	39,0
João Pessoa	154	149	120	4,0	31,4	31,1	31,9	43,1	43,9	41,2	22,2	22,3	24,4
Recife	697	650	384	12,3	30,9	30,6	35,1	38,5	38,6	36,4	17,6	17,5	17,8
Maceió	131	121	85	6,6	20,0	20,0	23,8	41,5	41,7	42,9	30,0	29,2	26,2
Aracaju	73	72	64	19,4	31,0	31,0	33,3	47,9	47,9	46,0	15,5	15,5	14,3
Salvador	439	414	314	6,0	27,3	26,2	29,4	27,8	28,5	32,5	35,0	35,5	29,4
Belo Horizonte	131	122	100	33,6	32,3	33,1	32,3	39,4	37,3	36,5	23,6	24,6	26,0
Vitória	56	50	46	8,0	20,0	22,0	21,7	43,6	46,0	50,0	32,7	30,0	26,1
Rio de Janeiro	1987	1931	1631	57,8	53,9	53,6	55,7	34,3	34,5	33,7	6,1	6,2	5,7
São Paulo	2265	2136	1567	21,8	39,7	39,2	40,0	42,9	43,6	45,1	7,6	7,3	6,3
Curitiba	89	79	64	36,7	34,8	32,9	32,8	30,3	32,9	29,7	25,8	24,1	25,0
Florianópolis	114	109	70	5,5	18,3	18,3	22,7	67,0	66,3	57,6	7,3	7,7	9,1
Porto Alegre	824	746	455	10,9	20,3	20,4	24,2	52,7	52,6	51,8	21,0	21,3	18,3
Campo Grande	240	220	168	26,8	24,4	24,8	29,1	47,4	46,3	37,6	20,1	20,6	23,6
Cuiabá	118	113	74	23,0	33,0	34,5	40,8	25,2	25,5	26,8	31,3	30,0	25,4
Goiânia	63	55	45	21,8	41,0	43,4	46,5	36,1	37,7	37,2	11,5	9,4	7,0
Brasília	121	109	83	37,6	31,3	34,0	35,1	40,0	39,8	42,9	20,0	17,5	13,0

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

Legenda: TB - tuberculose; TDO - tratamento diretamente observado.

^a Branco extraído e qualificado em fevereiro/2026. 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 federativas, regiões e Brasil, 2025^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Casos novos de TB em menores de 15 anos																							
	Total de casos novos de TB			Casos novos			TB pulmonar			TB pulmonar confirmada por critério laboratorial			TB extrapulmonar			TB extrapulmonar miliar			TB extrapulmonar meningoencefálica			TB extrapulmonar ganglionar periférica		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	84368	1,3	1112	1,3	909	81,7	361	39,7	201	18,1	7	3,5	36	17,9	65	32,3								
Norte	11636	1,6	183	1,6	154	13,8	85	55,2	28	15,3	0	0,0	6	21,4	13	46,4								
Roraima	688	1,3	9	1,3	7	77,8	5	71,4	2	22,2	0	0,0	2	100,0	0	0,0								
Acre	502	0,8	4	0,8	1	25,0	1	100,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3								
Amazonas	4020	2,4	97	2,4	83	85,6	47	56,6	13	13,4	0	0,0	4	30,8	5	38,5								
Roraima	452	2,7	12	2,7	12	100,0	10	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0								
Pará	5225	1,0	51	1,0	42	82,4	16	38,1	9	17,6	0	0,0	0	0,0	6	66,7								
Amapá	484	1,9	9	1,9	8	88,9	5	62,5	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0								
Tocantins	265	0,4	1	0,4	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0								
Nordeste	20467	1,5	314	1,5	253	22,8	111	43,9	61	19,4	2	3,3	4	6,6	27	44,3								
Maranhão	2802	1,5	41	1,5	37	90,2	13	35,1	4	9,8	0	0,0	0	0,0	3	75,0								
Piauí	786	0,8	6	0,8	6	100,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0								
Ceará	3472	1,4	48	1,4	39	81,2	24	61,5	9	18,8	0	0,0	0	0,0	5	55,6								
Rio Grande do Norte	1120	2,1	23	2,1	17	73,9	12	70,6	6	26,1	0	0,0	0	0,0	4	66,7								
Paraíba	1385	2,0	28	2,0	23	82,1	9	39,1	5	17,9	0	0,0	0	0,0	2	40,0								
Pernambuco	5128	2,1	107	2,1	77	72,0	25	32,5	30	28,0	2	6,7	2	6,7	11	36,7								
Alagoas	880	1,5	13	1,5	12	92,3	6	50,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0								
Sergipe	698	0,9	6	0,9	5	83,3	3	60,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0								
Bahia	4196	1,0	42	1,0	37	88,1	16	43,2	5	11,9	0	0,0	2	40,0	2	40,0								
Sudeste	38130	1,2	441	1,2	358	32,2	123	34,4	83	18,8	5	6,0	18	21,7	19	22,9								
Minas Gerais	4401	1,2	55	1,2	45	81,8	18	40,0	10	18,2	1	10,0	2	20,0	4	40,0								
Espírito Santo	1679	1,0	17	1,0	17	100,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0								
Rio de Janeiro	12159	1,2	143	1,2	115	80,4	54	47,0	28	19,6	0	0,0	8	28,6	9	32,1								
São Paulo	19891	1,1	226	1,1	181	80,1	50	27,6	45	19,9	4	8,9	8	17,8	6	13,3								
Sul	9879	1,2	120	1,2	98	8,8	33	33,7	22	18,3	0	0,0	4	18,2	5	22,7								
Paraná	2461	1,3	33	1,3	30	90,9	12	40,0	3	9,1	0	0,0	1	33,3	2	66,7								
Santa Catarina	2159	1,2	26	1,2	23	88,5	10	43,5	3	11,5	0	0,0	0	0,0	1	33,3								
Rio Grande do Sul	5259	1,2	61	1,2	45	73,8	11	24,4	16	26,2	0	0,0	3	18,8	2	12,5								
Centro-Oeste	4256	1,3	54	1,3	46	4,1	9	19,6	7	13,0	0	0,0	4	57,1	1	14,3								
Mato Grosso do Sul	1383	1,2	16	1,2	12	75,0	3	25,0	3	18,8	0	0,0	1	33,3	0	0,0								
Mato Grosso	1349	1,4	19	1,4	18	94,7	1	5,6	1	5,3	0	0,0	1	100,0	0	0,0								
Goiás	1106	1,4	15	1,4	12	80,0	5	41,7	3	20,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3								
Distrito Federal	418	1,0	4	1,0	4	100,0	0	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 federativas; TB = tuberculose.

^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2026. 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 até 15 anos de idade por unidades federativas, regiões e Brasil, 2025^{a,b}

Brasil, regiões e UF	Total de casos novos de TB		Casos novos de TB em menores de 15 anos													
			Casos novos		TB pulmonar		TB pulmonar confirmada por critério laboratorial		TB extrapulmonar		TB extrapulmonar miliar		TB extrapulmonar miliar e meningoencefálica		TB extrapulmonar ganglionar periférica	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	84368		2829	3,4	2221	78,5	997	44,9	606	21,4	15	2,5	49	8,1	226	37,3
Norte	11636		504	4,3	420	83,3	236	56,2	83	16,5	0	0,0	10	12,0	30	36,1
Rondônia	688		18	2,6	14	77,8	11	78,6	4	22,2	0	0,0	2	50,0	0	0,0
Acre	502		16	3,2	11	68,8	4	36,4	5	31,2	0	0,0	0	0,0	2	40,0
Amazonas	4020		245	6,1	205	83,7	122	59,5	39	15,9	0	0,0	8	20,5	11	28,2
Roraima	452		30	6,6	26	86,7	22	84,6	4	13,3	0	0,0	0	0,0	3	75,0
Pará	5225		169	3,2	141	83,4	61	43,3	28	16,6	0	0,0	0	0,0	12	42,9
Amapá	484		19	3,9	17	89,5	11	64,7	2	10,5	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Tocantins	265		7	2,6	6	85,7	5	83,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Nordeste	20467		738	3,6	537	72,8	233	43,4	201	27,2	3	1,5	4	2,0	115	57,2
Maranhão	2802		95	3,4	80	84,2	31	38,8	15	15,8	0	0,0	0	0,0	8	53,3
Piauí	786		19	2,4	16	84,2	6	37,5	3	15,8	0	0,0	0	0,0	2	66,7
Ceará	3472		115	3,3	85	73,9	51	60,0	30	26,1	0	0,0	0	0,0	19	63,3
Rio Grande do Norte	1120		57	5,1	39	68,4	27	69,2	18	31,6	0	0,0	0	0,0	11	61,1
Paraíba	1385		53	3,8	36	67,9	15	41,7	17	32,1	0	0,0	0	0,0	10	58,8
Pernambuco	5128		261	5,1	166	63,6	47	28,3	95	36,4	2	2,1	2	2,1	53	55,8
Alagoas	880		30	3,4	24	80,0	13	54,2	6	20,0	0	0,0	0	0,0	4	66,7
Sergipe	698		13	1,9	11	84,6	7	63,6	2	15,4	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Bahia	4196		95	2,3	80	84,2	36	45,0	15	15,8	1	6,7	2	13,3	7	46,7
Sudeste	38130		1174	3,1	929	79,1	391	42,1	245	20,9	11	4,5	25	10,2	63	25,7
Minas Gerais	4401		102	2,3	81	79,4	35	43,2	21	20,6	1	4,8	2	9,5	8	38,1
Espirito Santo	1679		43	2,6	39	90,7	10	25,6	4	9,3	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Rio de Janeiro	12159		369	3,0	284	77,0	137	48,2	85	23,0	1	1,2	10	11,8	25	29,4
São Paulo	19891		660	3,3	525	79,5	209	39,8	135	20,5	9	6,7	13	9,6	29	21,5
Sul	9879		283	2,9	226	79,9	100	44,2	57	20,1	1	1,8	6	10,5	12	21,1
Paraná	2461		65	2,6	58	89,2	23	39,7	7	10,8	0	0,0	1	14,3	3	42,9
Santa Catarina	2159		61	2,8	52	85,2	25	48,1	9	14,8	1	11,1	1	11,1	4	44,4
Rio Grande do Sul	5259		157	3,0	116	73,9	52	44,8	41	26,1	0	0,0	4	9,8	5	12,2
Centro-Oeste	4256		130	3,1	109	83,8	37	33,9	20	15,4	0	0,0	4	20,0	6	30,0
Mat Grosso do Sul	1383		43	3,1	34	79,1	12	35,3	8	18,6	0	0,0	1	12,5	2	25,0
Mat Grosso	1349		52	3,9	48	92,3	14	29,2	4	7,7	0	0,0	1	25,0	0	0,0
Goiás	1106		25	2,3	20	80,0	10	50,0	5	20,0	0	0,0	2	40,0	2	40,0
Distrito Federal	418		10	2,4	7	70,0	1	14,3	3	30,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7

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

Legenda: UF = unidades federativas; TB = tuberculose.

^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2026. 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 federativas, regiões e Brasil, 2025^{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	1146	298	26,0	24	2,1	821	71,6		
Norte	175	52	29,7	6	3,4	115	65,7		
Rondônia	7	2	28,6	0	0,0	5	71,4		
Acre	5	0	0,0	0	0,0	5	100,0		
Amazonas	94	39	41,5	0	0,0	55	58,5		
Roraima	6	0	0,0	0	0,0	6	100,0		
Pará	59	11	18,6	6	10,2	40	67,8		
Amapá	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0		
Tocantins	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0		
Nordeste	216	25	11,6	2	0,9	189	87,5		
Maranhão	42	1	2,4	0	0,0	41	97,6		
Piauí	5	0	0,0	0	0,0	5	100,0		
Ceará	50	7	14,0	1	2,0	42	84,0		
Rio Grande do Norte	9	1	11,1	1	11,1	7	77,8		
Paraíba	20	2	10,0	0	0,0	18	90,0		
Pernambuco	38	1	2,6	0	0,0	37	97,4		
Alagoas	10	0	0,0	0	0,0	10	100,0		
Sergipe	2	1	50,0	0	0,0	1	50,0		
Bahia	40	12	30,0	0	0,0	28	70,0		
Sudeste	530	140	26,4	8	1,5	382	72,1		
Minas Gerais	22	2	9,1	1	4,5	19	86,4		
Espírito Santo	18	5	27,8	0	0,0	13	72,2		
Rio de Janeiro	235	60	25,5	4	1,7	171	72,8		
São Paulo	255	73	28,6	3	1,2	179	70,2		
Sul	180	76	42,2	6	3,3	97	53,9		
Paraná	69	56	81,2	2	2,9	10	14,5		
Santa Catarina	26	8	30,8	1	3,8	17	65,4		
Rio Grande do Sul	85	12	14,1	3	3,5	70	82,4		
Centro-Oeste	42	5	11,9	2	4,8	35	83,3		
Mato Grosso do Sul	24	2	8,3	2	8,3	20	83,3		
Mato Grosso	5	1	20,0	0	0,0	4	80,0		
Goiás	11	2	18,2	0	0,0	9	81,8		
Distrito Federal	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0		

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

Legenda: UF = unidades federativas; TB DR = tuberculose drogarr resistente.

^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2026. 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 16 – Indicadores operacionais da tuberculose drogarr resistente por capitais, Brasil, 2025^{a,b}

Capitais	Total de casos novos de TB DR			Padrão de resistência						
	n	Monorresistência			Polirresistência			Multidrogarresistência e resistência à rifampicina		
		n	n	%	n	%	n	n	%	
Total	530	129	24,3	11	2,1	388	73,2			
Porto Velho	6	2	33,3	0	0,0	4	66,7			
Rio Branco	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0			
Manaus	80	35	43,8	0	0,0	45	56,2			
Boa Vista	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0			
Belém	28	3	10,7	2	7,1	21	75,0			
Macapá	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0			
Palmas	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0			
São Luís	28	0	0,0	0	0,0	28	100,0			
Teresina	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0			
Fortaleza	31	4	12,9	1	3,2	26	83,9			
Natal	5	1	20,0	0	0,0	4	80,0			
João Pessoa	10	2	20,0	0	0,0	8	80,0			
Recife	18	0	0,0	0	0,0	18	100,0			
Maceió	7	0	0,0	0	0,0	7	100,0			
Aracaju	2	1	50,0	0	0,0	1	50,0			
Salvador	19	5	26,3	0	0,0	14	73,7			
Belo Horizonte	4	0	0,0	0	0,0	4	100,0			
Vitória	3	1	33,3	0	0,0	2	66,7			
Rio de Janeiro	122	33	27,0	4	3,3	85	69,7			
São Paulo	104	32	30,8	0	0,0	72	69,2			
Curitiba	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0			
Florianópolis	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0			
Porto Alegre	33	6	18,2	2	6,1	25	75,8			
Campo Grande	6	2	33,3	2	33,3	2	33,3			
Cuiabá	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0			
Goiânia	5	0	0,0	0	0,0	5	100,0			
Brasília	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0			

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

Legenda: TB DR = tuberculose drogarr resistente.

^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2026. 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 federativas, regiões e Brasil, 2025^{ab}

Brasil, regiões e UF	Total de TPT		Isoniazida		Rifampicina		Rifapentina + isoniazida		Rifampicina + isoniazida dispersíveis	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brasil	46268	12,4	5751	12,4	1436	3,1	37807	81,7	1274	2,8
Norte	4649	4,0	188	4,0	97	2,1	4251	91,4	113	2,4
Rondônia	286	15,7	45	15,7	5	1,7	226	79,0	10	3,5
Acre	194	19,1	37	19,1	8	4,1	148	76,3	1	0,5
Amazonas	1986	1,5	29	1,5	45	2,3	1845	92,9	67	3,4
Roraima	285	4,6	13	4,6	1	0,4	265	93,0	6	2,1
Pará	1410	2,2	31	2,2	27	1,9	1333	94,5	19	1,3
Amapá	300	0,7	2	0,7	3	1,0	285	95,0	10	3,3
Tocantins	188	16,5	31	16,5	8	4,3	149	79,3	0	0,0
Nordeste	8586	14,2	1221	14,2	279	3,2	6923	80,6	163	1,9
Maranhão	867	22,1	192	22,1	12	1,4	645	74,4	18	2,1
Piauí	597	3,5	21	3,5	46	7,7	521	87,3	9	1,5
Ceará	1308	10,9	142	10,9	32	2,4	1121	85,7	13	1,0
Rio Grande do Norte	494	23,5	116	23,5	5	1,0	360	72,9	13	2,6
Paraíba	733	31,8	233	31,8	21	2,9	462	63,0	17	2,3
Pernambuco	1870	10,9	203	10,9	78	4,2	1570	84,0	19	1,0
Alagoas	556	8,5	47	8,5	9	1,6	483	86,9	17	3,1
Sergipe	302	12,3	37	12,3	6	2,0	248	82,1	11	3,6
Bahia	1859	12,4	230	12,4	70	3,8	1513	81,4	46	2,5
Sudeste	23527	14,7	3461	14,7	739	3,1	18657	79,3	670	2,8
Minas Gerais	2707	8,6	233	8,6	73	2,7	2354	87,0	47	1,7
Espirito Santo	1525	8,5	129	8,5	119	7,8	1224	80,3	53	3,5
Rio de Janeiro	5710	8,0	456	8,0	59	1,0	4880	85,5	315	5,5
São Paulo	13585	19,5	2643	19,5	488	3,6	10199	75,1	255	1,9
Sul	7175	10,1	725	10,1	245	3,4	5942	82,8	263	3,7
Paraná	1764	5,6	99	5,6	85	4,8	1505	85,3	75	4,3
Santa Catarina	1882	6,3	118	6,3	36	1,9	1660	88,2	68	3,6
Rio Grande do Sul	3529	14,4	508	14,4	124	3,5	2777	78,7	120	3,4
Centro-Oeste	2331	6,7	156	6,7	76	3,3	2034	87,3	65	2,8
Mato Grosso do Sul	344	11,6	40	11,6	12	3,5	282	82,0	10	2,9
Mato Grosso	844	6,2	52	6,2	16	1,9	765	90,6	11	1,3
Goiás	824	4,7	39	4,7	26	3,2	723	87,7	36	4,4
Distrito Federal	319	7,8	25	7,8	22	6,9	264	82,8	8	2,5

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

Legenda: UF = unidades federativas; TPT = tratamento preventivo da tuberculose.

^a Banco extraído e qualificado em fevereiro/2026. 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, 2025^{a,b}

Capitais	Total de TPT		Isoniazida		Rifampicina		Rifapentina + isoniazida		Rifampicina + isoniazida dispersíveis	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	18442	10,0	1835	10,0	543	2,9	15589	84,5	475	2,6
Porto Velho	92	5,4	5	5,4	3	3,3	77	83,7	7	7,6
Rio Branco	147	22,4	33	22,4	4	2,7	109	74,1	1	0,7
Manaus	1633	1,6	26	1,6	43	2,6	1509	92,4	55	3,4
Boa Vista	241	3,3	8	3,3	1	0,4	226	93,8	6	2,5
Belém	452	0,7	3	0,7	0	0,0	448	99,1	1	0,2
Macapá	236	0,8	2	0,8	3	1,3	226	95,8	5	2,1
Palmas	47	36,2	17	36,2	4	8,5	26	55,3	0	0,0
São Luís	385	26,2	101	26,2	4	1,0	271	70,4	9	2,3
Teresina	216	0,9	2	0,9	5	2,3	207	95,8	2	0,9
Fortaleza	466	9,0	42	9,0	9	1,9	412	88,4	3	0,6
Natal	154	22,1	34	22,1	4	2,6	111	72,1	5	3,2
João Pessoa	288	39,6	114	39,6	9	3,1	158	54,9	7	2,4
Recife	782	8,2	64	8,2	13	1,7	699	89,4	6	0,8
Maceió	182	12,6	23	12,6	2	1,1	157	86,3	0	0,0
Aracaju	145	12,4	18	12,4	3	2,1	124	85,5	0	0,0
Salvador	578	6,7	39	6,7	16	2,8	494	85,5	29	5,0
Belo Horizonte	394	9,1	36	9,1	28	7,1	323	82,0	7	1,8
Vitória	235	8,9	21	8,9	40	17,0	166	70,6	8	3,4
Rio de Janeiro	3088	4,6	143	4,6	31	1,0	2753	89,2	161	5,2
São Paulo	6404	14,9	951	14,9	235	3,7	5117	79,9	101	1,6
Curitiba	433	3,5	15	3,5	19	4,4	376	86,8	23	5,3
Florianópolis	234	3,4	8	3,4	2	0,9	224	95,7	0	0,0
Porto Alegre	792	8,3	66	8,3	34	4,3	671	84,7	21	2,7
Campo Grande	137	11,7	16	11,7	4	2,9	112	81,8	5	3,6
Cuiabá	166	8,4	14	8,4	6	3,6	144	86,7	2	1,2
Goiânia	202	4,5	9	4,5	0	0,0	190	94,1	3	1,5
Brasília	313	8,0	25	8,0	21	6,7	259	82,7	8	2,6

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 fevereiro/2026. 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.

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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal