

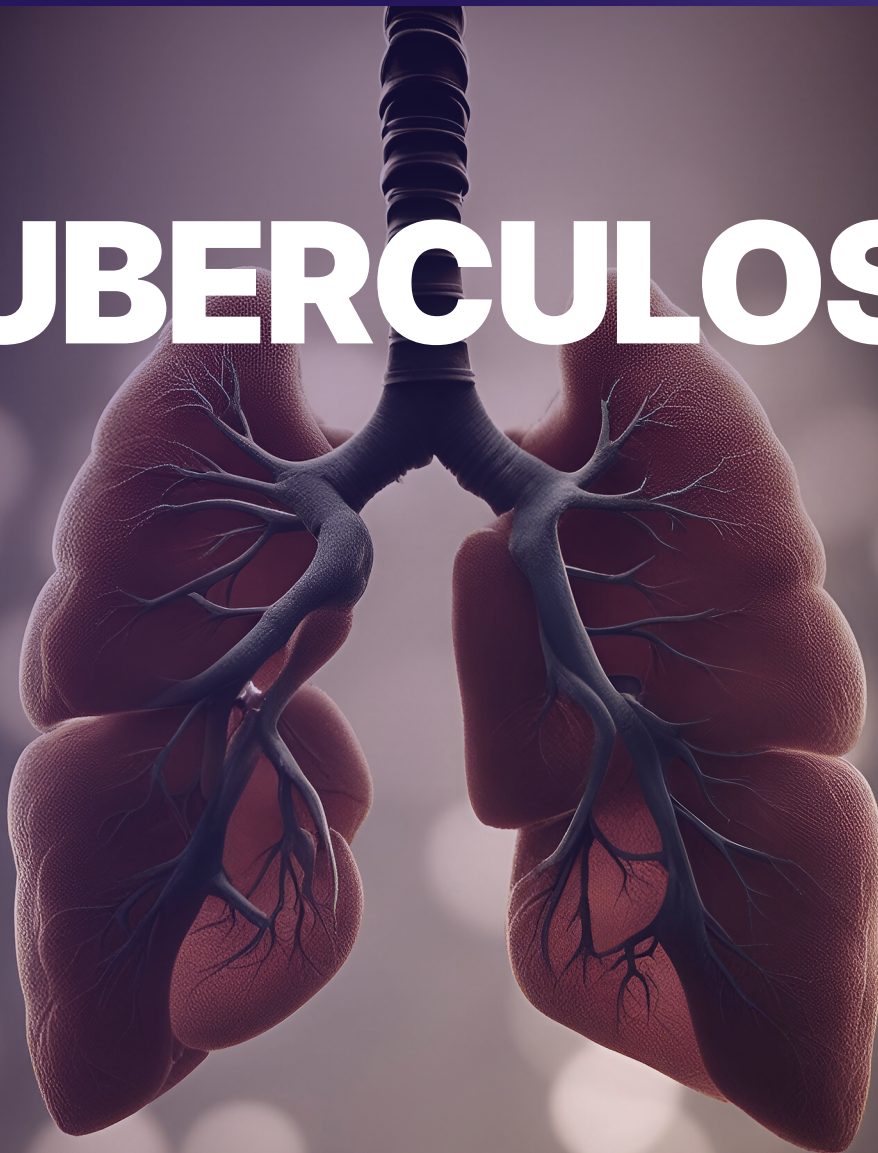
DISTRIBUIÇÃO  
VENDA PROIBIDA  
GRATUITA

INFORMATIVO EPIDEMIOLÓGICO

# Barriga Verde

ABRIL DE 2026 | EDIÇÃO ESPECIAL

# TUBERCULOSE



Gerência de IST, HIV/Aids e  
Doenças Infecciosas Crônicas (GEDIC)

[dive.sc.gov.br](http://dive.sc.gov.br)



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

# SUMÁRIO

---

Introdução	4
Metodologia	5
Casos novos notificados de pessoas com tuberculose no Brasil e no Estado	6
Mortalidade por tuberculose Brasil e Santa Catarina	8
Diagnóstico das pessoas com tuberculose	11
Perfil sociodemográfico das pessoas com tuberculose	12
Coinfecção TB/HIV	15
Populações vulneráveis	17
Tuberculose drogarresistente	19
Prevenção da tuberculose	20
Considerações finais	22
Referências bibliográficas	24

# LISTA DE FIGURAS

---

<b>FIGURA 1</b> - Números de casos novos de tuberculose notificados e taxa de incidência por 100 mil habitantes. Santa Catarina nos anos 2016 a 2025.	<b>6</b>
<b>FIGURA 2</b> - Coeficiente de incidência de tuberculose por 100mil habitantes e números de casos por Regiões de saúde no ano 2025.	<b>7</b>
<b>FIGURA 3</b> - Número de óbitos por tuberculose no Brasil e incidência de mortalidade por 100 mil habitantes no Brasil e Santa Catarina nos anos 2015 a 2024.	<b>9</b>
<b>FIGURA 4</b> - Número de casos novos notificados no estado e percentual de notificações nos hospitais de Santa Catarina, de 2020 a 2025*.	<b>10</b>
<b>FIGURA 5</b> - Número de casos novos notificados por faixa etária no ano 2025.	<b>12</b>
<b>FIGURA 6</b> - Proporção de casos novos de tuberculose por raça/cor. Santa Catarina, de 2020 a 2025.	<b>13</b>
<b>FIGURA 7</b> - Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose. Santa Catarina, anos de 2019 a 2024*.	<b>14</b>
<b>FIGURA 8</b> - Proporção de casos de tuberculose que realizaram testagem para HIV e que apresentaram coinfeção TB/HIV/AIDS. Santa Catarina, anos de 2020 a 2025*.	<b>15</b>
<b>FIGURA 9</b> - Proporção do uso de terapia antirretroviral entre os casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e ou aids. Santa Catarina 2020 a 2025.	<b>16</b>
<b>FIGURA 10</b> - Números de casos novos de tuberculose nas populações em situação de vulnerabilidade ao adoecimento. Santa Catarina, anos de 2020 a 2025*.	<b>18</b>
<b>FIGURA 11</b> - Proporção de desfechos de tratamento entre os casos novos diagnosticados em populações em situação de maior vulnerabilidade. Santa Catarina, 2024.	<b>18</b>
<b>FIGURA 12</b> - Número de casos novos de tuberculose drogarresistente segundo o padrão de resistência inicial. Santa Catarina 2020 a 2025.	<b>19</b>
<b>FIGURA 13</b> - Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose e proporção de desfecho de tratamento. Santa Catarina, anos de 2020 a 2025*.	<b>21</b>

# LISTA DE QUADROS

---

<b>QUADRO 1</b> - Populações vulneráveis e risco de adoecimento.	<b>17</b>
--	-----------

# INTRODUÇÃO

---

A tuberculose (TB) atualmente é no mundo um desafio de muita importância quando falamos em saúde pública. Mesmo sendo uma doença com tratamento e cura, ela ainda permanece como uma das principais causas de morbidade e mortalidade. No ano de 2023, segundo o relatório global publicado pela Organização Mundial da saúde (OMS), a TB retornou a ser a principal causa de morte por um único agente infeccioso no mundo, onde superou a covid-19. Ainda nesse mesmo ano a estimativa foi que mundialmente, 10,8 milhões de pessoas ficaram doentes pela doença e 1,25 milhão morreram em decorrência da doença (WHO,2024).

Os únicos países das américas que constam na lista de países de alta carga da OMS, são o Brasil e o Peru. Mas apenas o Brasil entra em duas listas como a de alta carga de TB e de TB-HIV (Who,2024).

Os casos de imunossupressão, a desnutrição e as doenças crônicas, além dos fatores do contexto social, como as desigualdades sociais e econômicas, tem muita influência direta com a distribuição ou controle da doença no Brasil. (Muniayco *et al.*,2015; Silva e tal., 2018), que teve um resultado de mais de 80 mil casos novos da doença e 6 mil mortes por ano. Considerando esse cenário, estratégias e ações são necessárias para tentar alcançar a meta lançada pelo governo brasileiro de eliminar a tuberculose como problema de saúde pública até 2030, de acordo com as recomendações da Nações Unidas (ONU). Mesmo que o diagnóstico clínico e o tratamento sejam oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), existem barreiras para acessibilidade aos serviços de saúde, como demora no diagnóstico e início do tratamento, além do estigma e discriminação (Loureiro *et al.*, 2023). Contudo nos últimos anos o Brasil avançou no controle da doença. Surgiram as novas tecnologias como a ampliação da Rede de Teste rápido Molecular (TRM), a qualidade do tratamento da Tuberculose em atividade, a expansão do tratamento preventivo da tuberculose (TPT), fortalecimento da Atenção Primária de Saúde (APS) na rapidez do diagnóstico, melhora na adesão dos tratamentos e na avaliação e acompanhamento dos contatos. Entretanto os determinantes sociais como a pobreza, exclusão social e condições de vida precárias ainda reflete no controle da doença.

Um outro avanço importante após a pactuação na 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em março de 2024, foram publicadas as Portarias GM/MS nº 4.868 e 4.869, de 17 de julho de 2024, aprovando o incremento de R\$ 100 milhões para a tuberculose no incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle do HIV/AIDS, tuberculose e das Hepatites Virais e das ISTs. A distribuição desses recursos entre as unidades federativas levou em conta o percentual de casos novos no ano 2022. Diante desse cenário, ações são necessárias para alcançar a meta adotada pelo governo brasileiro de eliminar a doença como problema de saúde pública até 2030, em consonância com as recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU) e antecipando a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2035 (OMS, 2022).

O presente boletim vem oferecer uma avaliação detalhada e atualizada do panorama da tuberculose no estado, abordando o progresso na resposta à doença em nível estadual e municipal. Nessa avaliação também observamos os desafios e avanços no cumprimento dos compromissos globais para o controle e a eliminação da doença como problema de Saúde Pública.

# METODOLOGIA

---

O Boletim Epidemiológico da Tuberculose foi elaborado analisando de forma descritiva as bases de dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade). As informações dos dados populacionais foram estimadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), que estão disponíveis por meio eletrônico no DATASUS, que é o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados tabulados se referem por ano diagnóstico com os principais indicadores como a taxa de incidência, taxa de mortalidade, Cura, interrupção de tratamento, número de casos notificados em hospitais do estado, entre outros. Para as análises foi utilizado o aplicativo Tabwin que possibilita a tabulação dos dados do SINAN e SIM. Na análise do perfil epidemiológico dos casos novos de tuberculose notificados no SINAN foram analisadas as variáveis preenchidas como ano diagnóstico, formas do agravo, situação de encerramento, faixa etária, cor, tipo de entrada (caso novo, não sabe e pós óbito) e excluídos os casos como mudança de diagnóstico, faixa etária, cor, tipo de entrada (caso novo, não sabe e pós óbito). No SIM as análises foram por ano diagnóstico e CID 10 incluindo as variáveis do A15-A19.

# CASOS NOVOS NOTIFICADOS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE NO BRASIL E NO ESTADO

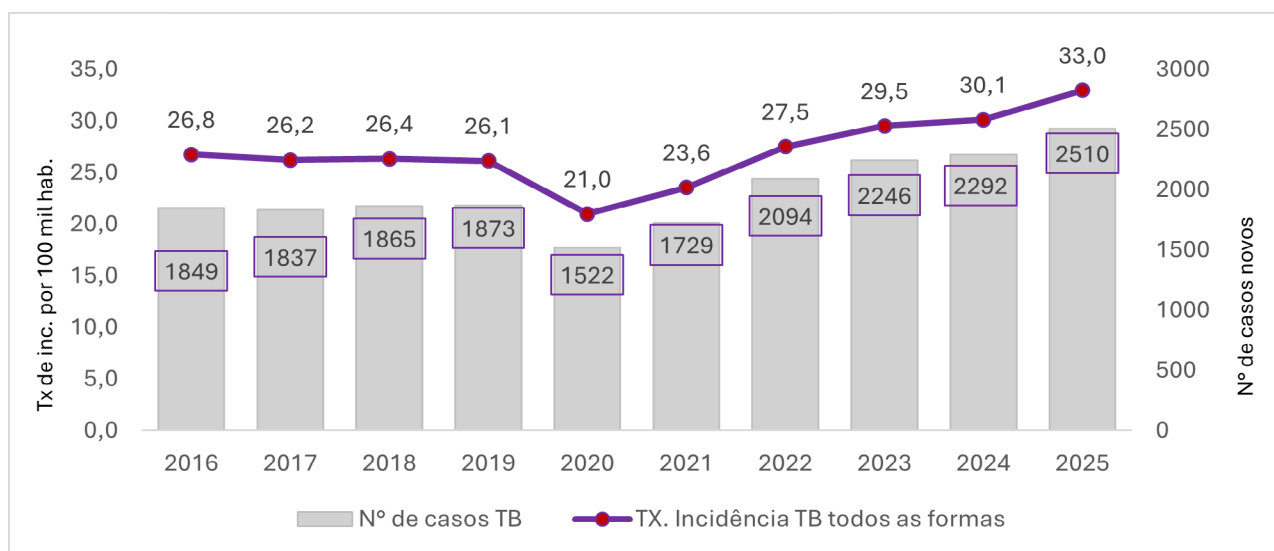
Após o impacto da pandemia, que reduziu a detecção de casos de TB no Brasil nas redes de atenção à saúde, inicia-se um período de recuperação das ações de controle da tuberculose nos serviços de saúde ofertados à população. O aumento no número absoluto de casos de 2020 para 2021 foi de 207 casos novos. Já a variação percentual entre 2020 e 2025 correspondeu a um incremento de 39,3% (n = 988 casos).

No ano de 2025 foram notificados no Brasil 84.336 casos novos de tuberculose, o que revelou uma incidência de 39,4 casos por 100 mil habitantes.

Embora esse aumento seja relevante para o controle da tuberculose no estado, o cenário ainda evidencia diversos desafios para o alcance das metas de eliminação da TB como problema de saúde pública. O indicador de incidência reflete o impacto das ações de controle da doença e integra os compromissos internacionais estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), cuja meta é reduzir a incidência para 10 casos por 100 mil habitantes até 2035, reduzir o número de óbitos para menos de 234 óbitos no Brasil e zero para gastos catastróficos para a população com tuberculose.

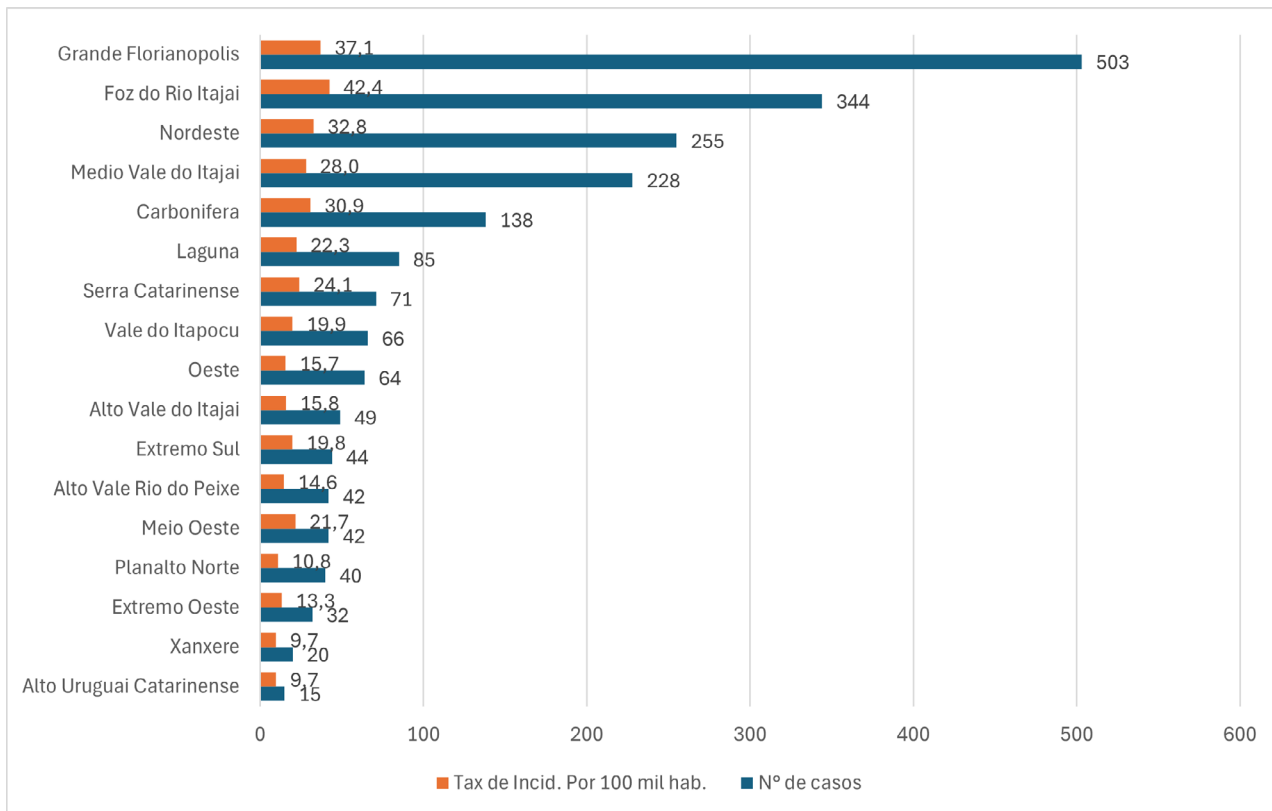
No cenário epidemiológico em Santa Catarina percebemos o aumento do número de casos frequente logo após a pandemia onde em 2025 apresentou uma incidência de 33,0 casos por 100 mil habitantes, com 2510 casos em números absolutos, conforme mostra a **Figura 1**. As regiões de saúde em destaque são: Grande Florianópolis, Foz do Rio Itajaí, Nordeste, Médio Vale do Itajaí, Carbonífera, Laguna e Serra Catarinense, por apresentarem mais de 70 casos novos por 100 mil habitantes e uma taxa de incidência  $\geq$  a 20 casos por 100 mil habitantes. As regiões que superaram o coeficiente de incidência do estado foram as Regiões da Foz do Rio Itajaí com 42,4 casos por 100 mil habitantes e a Grande Florianópolis com 37 casos por 100 mil habitantes (**Figura 2**).

**FIGURA 1** - Números de casos novos de tuberculose notificados e taxa de incidência por 100 mil habitantes. Santa Catarina nos anos 2016 a 2025.



Fonte: SINAN/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC, IBGE. \*Dados sujeitos a alterações.

**FIGURA 2 -** Coeficiente de incidência de tuberculose por 100mil habitantes e números de casos por Regiões de saúde no ano 2025.



Fonte: SINAN/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC, IBGE. \*Dados sujeitos a alterações.

# MORTALIDADE POR TUBERCULOSE BRASIL E SANTA CATARINA

---

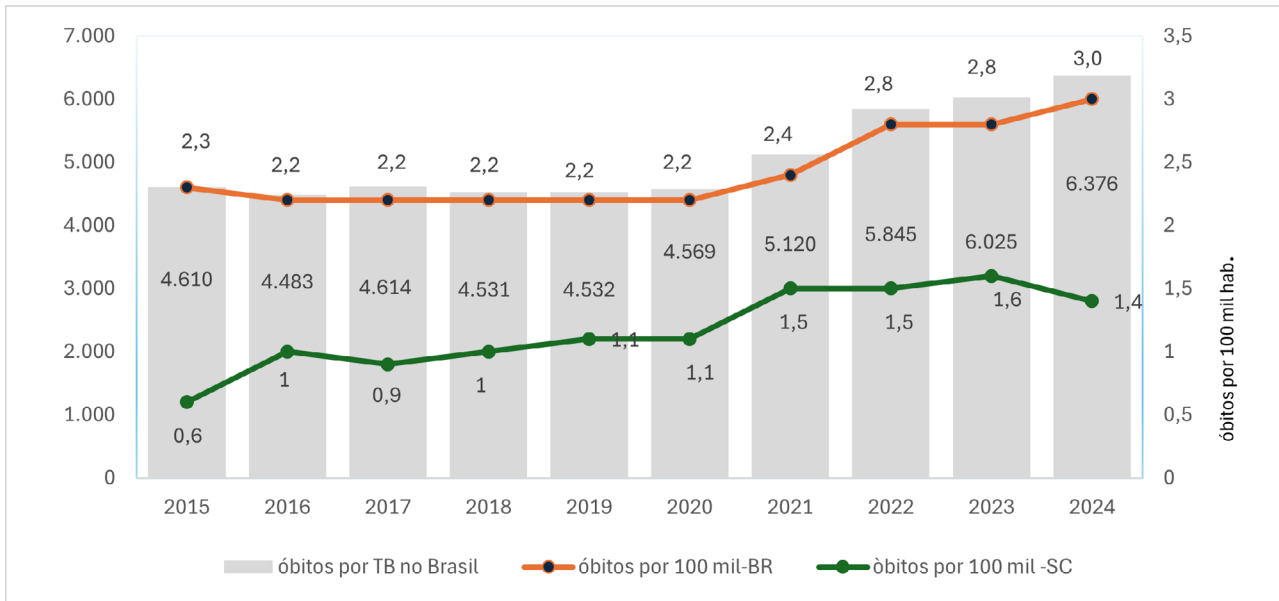
A interpretação do indicador de mortalidade por tuberculose é fundamental para estimar o risco de óbito e dimensionar a magnitude da doença como problema de saúde pública. Esse indicador evidencia a ocorrência da doença em grupos populacionais mais vulneráveis, frequentemente relacionados a desigualdades socioeconômicas e a condições precárias de infraestrutura e moradia. Além disso, reflete a efetividade das ações de prevenção e controle, bem como a qualidade do diagnóstico e da assistência em saúde ofertada. Formulações mais recentes, como as apresentadas pela Organização Mundial da Saúde no relatório global de tuberculose, reforçam que a mortalidade permanece fortemente associada às iniquidades sociais e ao acesso oportuno aos serviços de saúde (OMS, 2023).

O coeficiente de mortalidade por TB no Brasil manteve-se relativamente estável no período de 2016 a 2020, com uma taxa de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes nesses anos. A partir de 2021, observa-se uma tendência de crescimento, com registro da maior taxa em 2024 (3,0 óbitos por 100 mil habitantes), com número absoluto de 6.376 óbitos pela doença **(Figura 3)**.

A análise da taxa de mortalidade por tuberculose em Santa Catarina **(Figura 3)** indica variações significativas no período de 2015 a 2024. Observa-se que, em 2015, a taxa de óbitos atingiu seu menor valor, com 0,6 óbito por 100 mil habitantes. O aumento observado após 2020 pode refletir múltiplos fatores, no acesso aos serviços de saúde, o impacto indireto da pandemia de COVID-19 sobre o diagnóstico e o tratamento da tuberculose, além de possíveis mudanças no perfil epidemiológico da população. Contudo, verifica-se uma tendência de aumento gradual, destacando-se o ano de 2023, que registrou 1,6 óbito por 100 mil habitantes, mas com uma leve queda em 2024, com 1,4 óbitos por 100 mil habitantes.

O óbito por tuberculose é considerado um evento sentinela, ou seja, uma ocorrência potencialmente evitável que evidencia fragilidades na assistência à saúde. Além disso, representa uma importante oportunidade para identificar os determinantes e condicionantes do processo de adoecimento nos níveis individual, familiar e comunitário. Documentos mais recentes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde reforçam que a análise dos óbitos por tuberculose é essencial para qualificar a vigilância e orientar intervenções mais efetivas, sobretudo em populações vulneráveis e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2025; OMS, 2023).

**FIGURA 3** - Número de óbitos por tuberculose no Brasil e incidência de mortalidade por 100 mil habitantes no Brasil e Santa Catarina nos anos 2015 a 2024



Fonte: SINAN/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC, IBGE. \*Dados sujeitos a alterações.

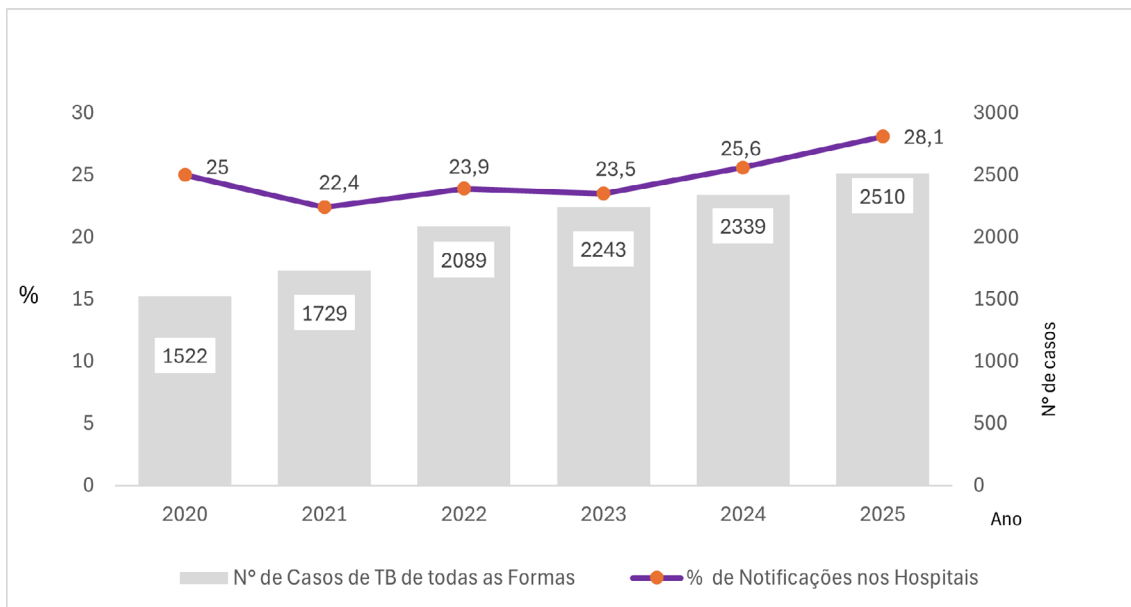
O indivíduo com suspeita de tuberculose (TB) deve ser prontamente identificado, avaliado e vinculado à Atenção Primária à Saúde (APS), preferencialmente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Atenção Primária constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando tecnologias de saúde capazes de resolver os agravos de maior frequência e relevância epidemiológica em cada território. Esse modelo de atenção baseia-se nos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e longitudinalidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2017).

Embora a Atenção Primária seja recomendada como porta de entrada para o diagnóstico da TB, em centros urbanos de médio e grande porte o primeiro contato do paciente com a rede de saúde ocorre, frequentemente, em serviços de urgência e emergência, como prontos-socorros e hospitais. Pacientes com TB ativa podem necessitar de hospitalização durante o curso do tratamento, seja devido a complicações relacionadas à doença, seja por intercorrências clínicas concomitantes.

A proporção de casos de tuberculose diagnosticados em ambiente hospitalar permanece acima do esperado em diversas regiões do país. Em geral, pacientes diagnosticados durante a hospitalização apresentam atraso no diagnóstico, maior frequência de comorbidades e piores desfechos clínicos, com taxas de morbimortalidade significativamente superiores às observadas na Atenção Primária à Saúde. Evidências mais recentes indicam que esse cenário reflete falhas no acesso oportuno ao diagnóstico e ao cuidado contínuo, além de desigualdades sociais que impactam o curso da doença (Brasil, 2024; Organização Mundial da Saúde, 2023).

Em Santa Catarina, a análise epidemiológica dos casos de TB entre 2020 e 2025 evidencia uma tendência de aumento das notificações hospitalares após o ano 2021. Com a retomada das ações no controle da tuberculose foram notificados 2.059 casos da doença da forma pulmonar/laríngea no estado. Dentre o total, 720 casos foram notificados nos hospitais, o que revela, um percentual de 28% no ano 2025, conforme a **Figura 4**.

**FIGURA 4** - Número de casos novos notificados no estado e percentual de notificações nos hospitais de Santa Catarina, de 2020 a 2025\*.



Fonte: SINAN/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC. \*Dados sujeitos a alterações.

# DIAGNÓSTICO DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE

---

Considerando o que é preconizado no Manual de Controle da Tuberculose no Brasil (2019), o diagnóstico da TB é subdividido em clínico, bacteriológico, histopatológico, por imagem e por outros testes diagnósticos. No âmbito da vigilância epidemiológica da TB, os casos notificados podem ser classificados por critério laboratorial quando há pelo menos uma amostra positiva em baciloscopia, teste rápido molecular ou cultura.

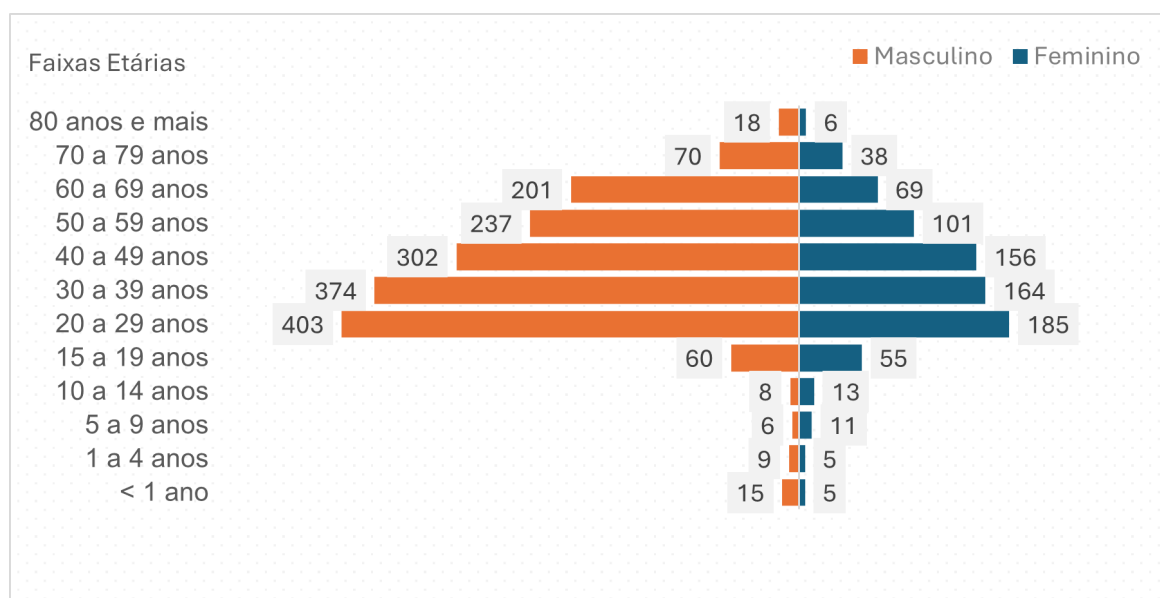
Quando a confirmação não ocorre por esse meio, utiliza-se o critério clínico, baseado em achados sugestivos em exames de imagem ou histopatológicos. Ressalta-se que o diagnóstico clínico, sem a oferta de exames laboratoriais, pode representar lacunas na disponibilidade de serviços de saúde (Brasil, 2019). Por outro lado, a confirmação por critério laboratorial pode indicar maior efetividade nas ações voltadas ao cuidado individual das pessoas com tuberculose, além de possibilitar a detecção de casos assintomáticos e o descarte de outras doenças. O diagnóstico laboratorial da forma pulmonar possui maior importância epidemiológica, uma vez que está diretamente relacionado à transmissão da doença (Brasil, 2019).

Desde 2020, mais de 70% dos casos de tuberculose pulmonar têm sido confirmados por critério laboratorial no estado de Santa Catarina. Nos últimos seis anos (2020 a 2025), a menor proporção foi registrada em 2021, com 74%, e a maior em 2024, com 77,6%, o que corresponde a 1.598 casos confirmados por exames laboratoriais.

# PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE

Considerando o total de 2.510 casos notificados no estado no ano de 2025, 67,8% (n = 1.703) ocorreram no sexo masculino, enquanto 32,2% (n = 808) corresponderam ao sexo feminino. A taxa de incidência foi superior entre os homens em todas as faixas etárias, exceto no grupo de 5 a 14 anos, no qual foi maior no sexo feminino. Os resultados evidenciam um perfil epidemiológico predominante em indivíduos do sexo masculino e em idade economicamente ativa. Essa tendência também foi observada no indicador por faixa etária no Brasil (Boletim Epidemiológico Nacional, 2025), no qual 68,2% dos casos ocorreram no sexo masculino (**Figura 5**).

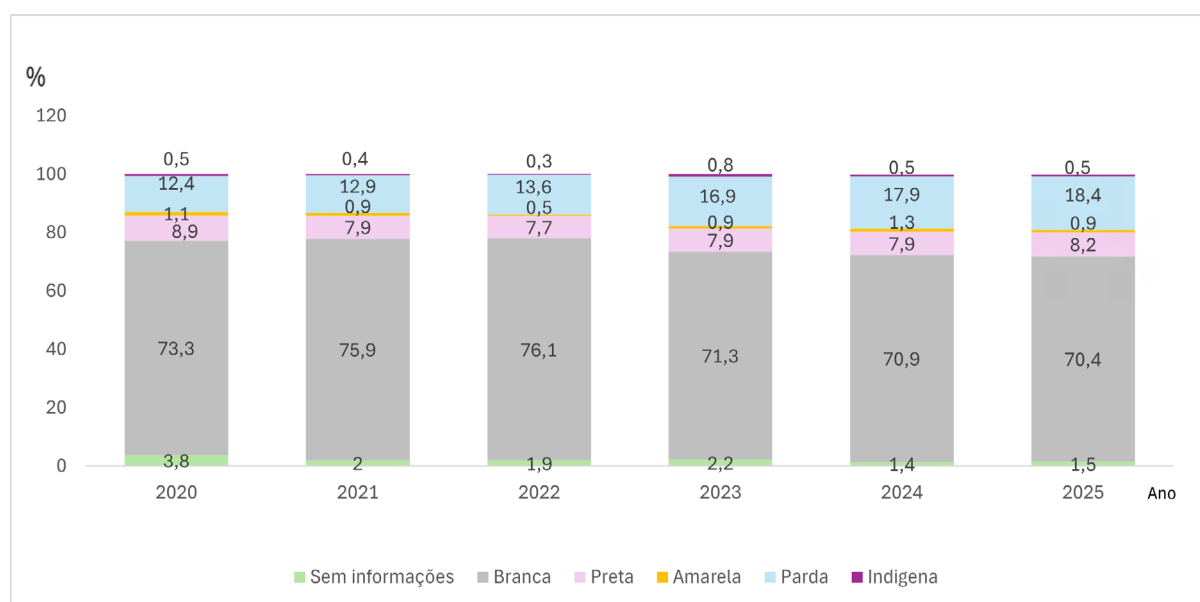
**FIGURA 5** - Número de casos novos notificados por faixa etária no ano 2025.



Fonte: SINAN/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC, IBGE. \*Dados sujeitos a alterações.

A **Figura 6** também demonstra o perfil racial no estado, indicando que a maior proporção de casos ocorreu entre pessoas brancas ao longo dos anos analisados, com maior percentual em 2022 (76,1%) e leve redução para 70,4% em 2025. Entre as pessoas pardas, o maior percentual foi observado em 2025 (18,4%), seguido pela população preta (8,2%), amarela (0,9%) e indígena (0,5%) no mesmo ano. O cenário em Santa Catarina difere do observado no Brasil, onde a maior proporção de casos ocorre entre pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, atingindo 65,8% em 2024 (n = 55.484; Boletim Epidemiológico Nacional, 2025). Destacam-se, ainda, os casos sem informação de raça/cor no período de 2020 a 2025 no estado, que totalizaram 254 registros (2%).

**FIGURA 6** - Proporção de casos novos de tuberculose por raça/cor. Santa Catarina, de 2020 a 2025.



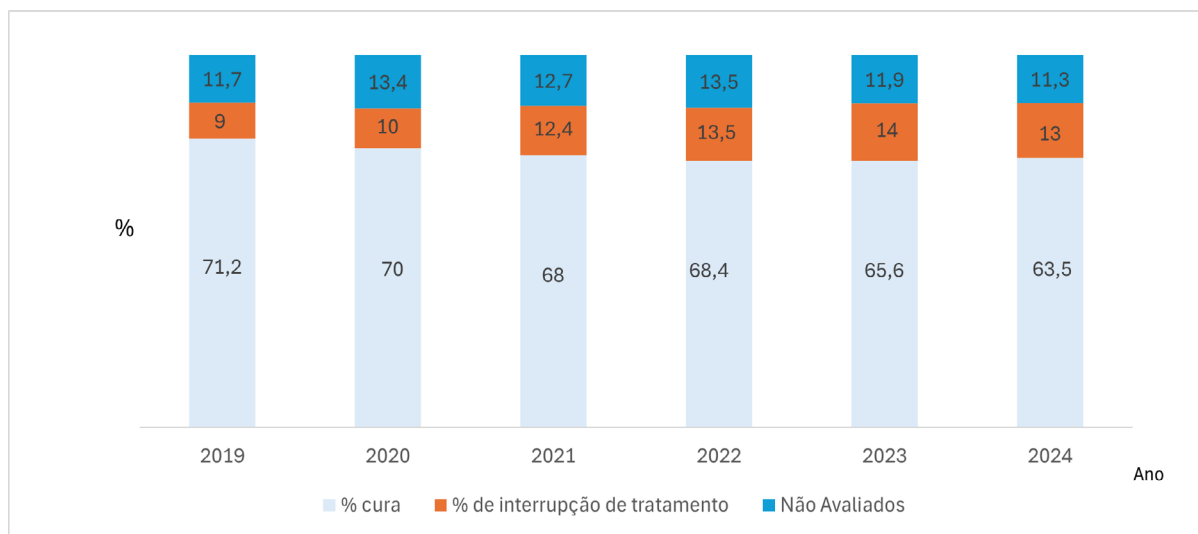
Fonte: SINAN/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC, IBGE. \*Dados sujeitos a alterações.

O tratamento para a tuberculose é padronizado e deve ser realizado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS). Cada fase do tratamento tem o objetivo de reluzir rapidamente a população bacilar, eliminando as resistências naturais a algum medicamento reduzindo a transmissão dos bacilos, bem como eliminar os bacilos latentes ou persistentes diminuindo assim novos casos. O indicador de cura e a interrupção de tratamento expressa a efetividade do tratamento. O alcance das metas pactuadas para esses indicadores pelos municípios visa um melhor prognóstico, assim com a redução do risco de ocorrência de resistência a drogas de primeira linha.

O Ministério da Saúde preconiza que o percentual de cura seja  $\geq 77,5\%$  dos casos novos diagnosticados e  $\leq 5\%$  para interrupção de tratamento. Durante o período analisado na **Figura 7**, o estado não alcançou a meta desses indicadores. O maior índice de cura em SC ocorreu no ano de 2019, com 71%. Houve uma redução do percentual de cura em 2024, com 63,5%. Os casos não avaliados ao longo dos anos podem impactar nos indicadores avaliados (11,3% de não avaliados em 2024). Quanto a interrupção de tratamento o menor percentual foi no ano 2019 com 9% e o maior foi no ano 2024 com 13%.

Quanto as informações do ano 2025 não foram analisadas na figura em função dos encerramentos deste ano que só ocorrerá em outubro do ano corrente.

**FIGURA 7** - Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose. Santa Catarina, anos de 2019 a 2024\*.



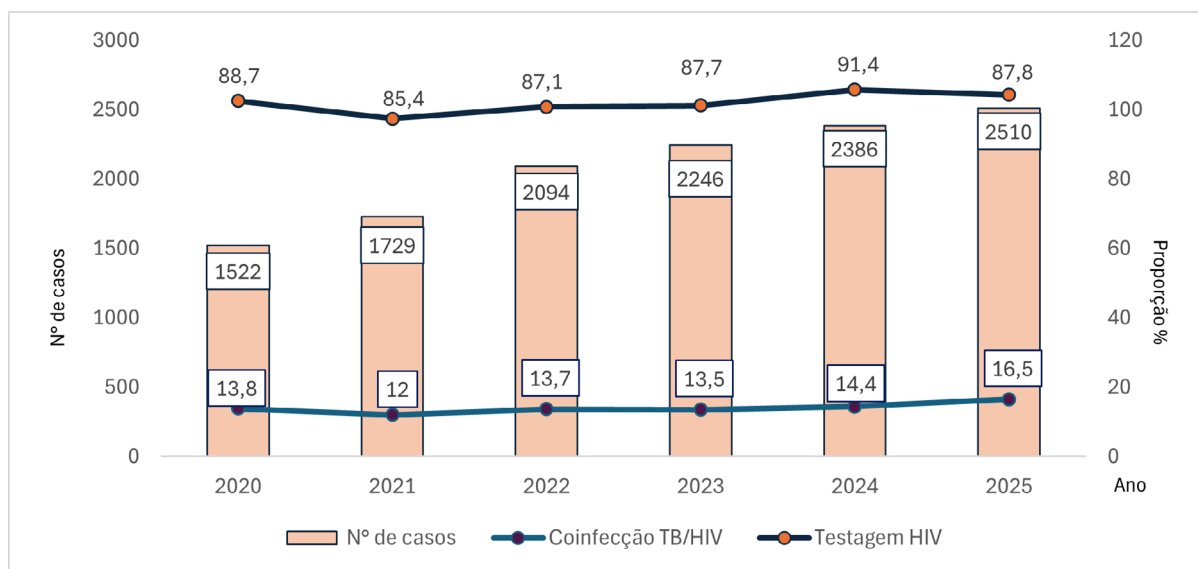
Fonte: SINAN/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC, IBGE. \*Dados sujeitos a alterações.

# COINFEÇÃO TB/HIV

A infecção pelo HIV é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da tuberculose (TB) ativa. Entre as pessoas vivendo com HIV e/ou aids, o risco de adoecer é 28 vezes maior do que na população em geral (Boletim Nacional, 2025). A testagem para HIV no Brasil aumentou entre as pessoas com TB, atingindo 84% em 2024, com uma coinfeção TB/HIV de 11,4% (Boletim Nacional, 2025).

Em Santa Catarina, ao longo dos seis anos analisados, conforme demonstrado na **Figura 8**, observa-se a proporção de casos de tuberculose testados para HIV e, dentre esses, a proporção de pessoas coinfectadas TB/HIV. A testagem para HIV apresentou menor percentual em 2021 (85%) e maior em 2024 (91,4%). A identificação precoce dos casos de HIV é importante para a implementação do tratamento oportuno. No ano de 2025, houve uma leve queda nos percentuais de testagem para HIV (87,8%), que pode estar relacionada aos casos com exames em andamento, correspondendo a 3,3% (83 casos), além de 9% de exames não realizados, o que representa 229 casos em números absolutos.

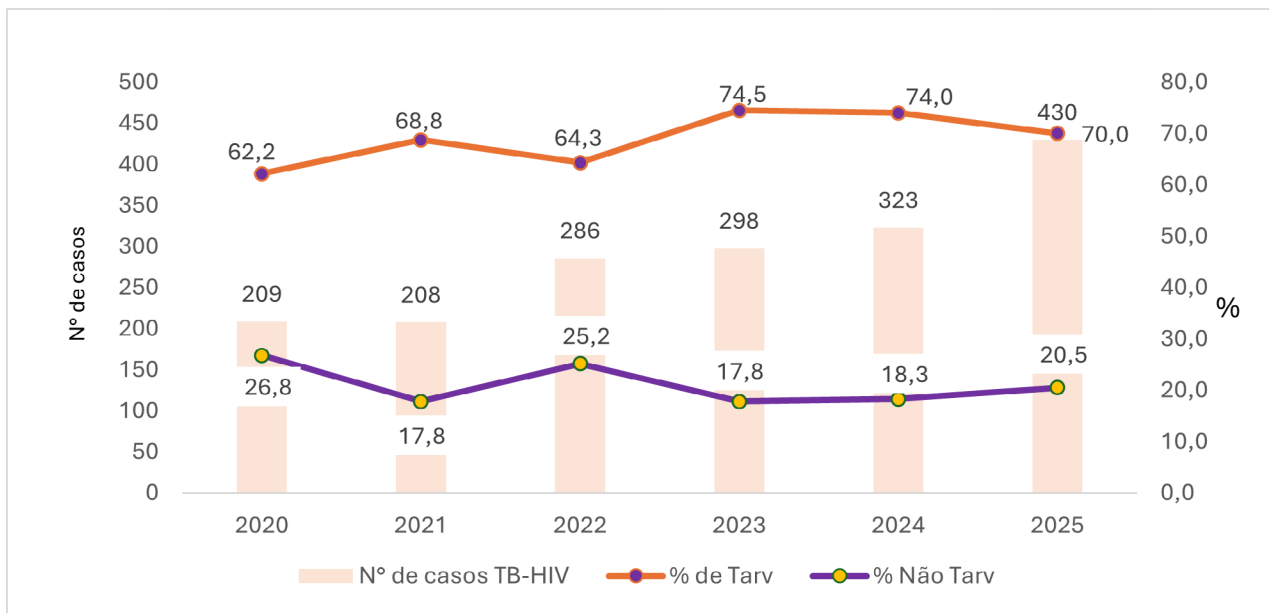
**FIGURA 8** - Proporção de casos de tuberculose que realizaram testagem para HIV e que apresentaram coinfeção TB/HIV/AIDS. Santa Catarina, anos de 2020 a 2025\*



Fonte: SINAN/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC, IBGE. \*Dados sujeitos a alterações.

No estado de Santa Catarina, foi registrado o menor percentual de Tarv em 2020 (62,2%) e o maior em 2023 (74,5%). Considerando a contínua qualificação do banco de dados e o aprimoramento das estratégias de monitoramento, é provável que os percentuais de uso da terapia antirretroviral aumentem ainda mais (**Figura 9**).

**FIGURA 9** - Proporção do uso de terapia antirretroviral entre os casos novos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV e ou aids. Santa Catarina 2020 a 2025.



Fonte: SINAN/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC. \*Dados sujeitos a alterações.

# POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

O risco de adoecimento, ou seja, a progressão da TB em atividade após infecção, depende de fatores endógenos, em especial o sistema imunológico. Em saúde pública, o fator de risco está na sua relação com a ocorrência da tuberculose e na prevalência desse fator na população investigada (Rieder; OTHERS, 1999). O maior risco de adoecimento é a infecção pelo HIV. Entre outros fatores de risco conhecidos destacam-se o tempo decorrido da infecção ao desenvolvimento da doença ativa.

No Brasil alguns grupos populacionais têm maior vulnerabilidades para a TB. O **Quadro 1** mostra essas populações e a sua relação com os riscos em desenvolver a doença.

**QUADRO 1** - Populações vulneráveis e risco de adoecimento.

População Vulneráveis	Risco de adoecimento
População em situação de rua	56x
Pessoas Vivendo com HIV	28x
Pessoas Privadas de liberdade	28x
Indígenas	3x

Fonte: CGPNCT/SVS/MS.

Dados do Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose – TB-WEB/SP e Prefeitura Municipal de São Paulo.

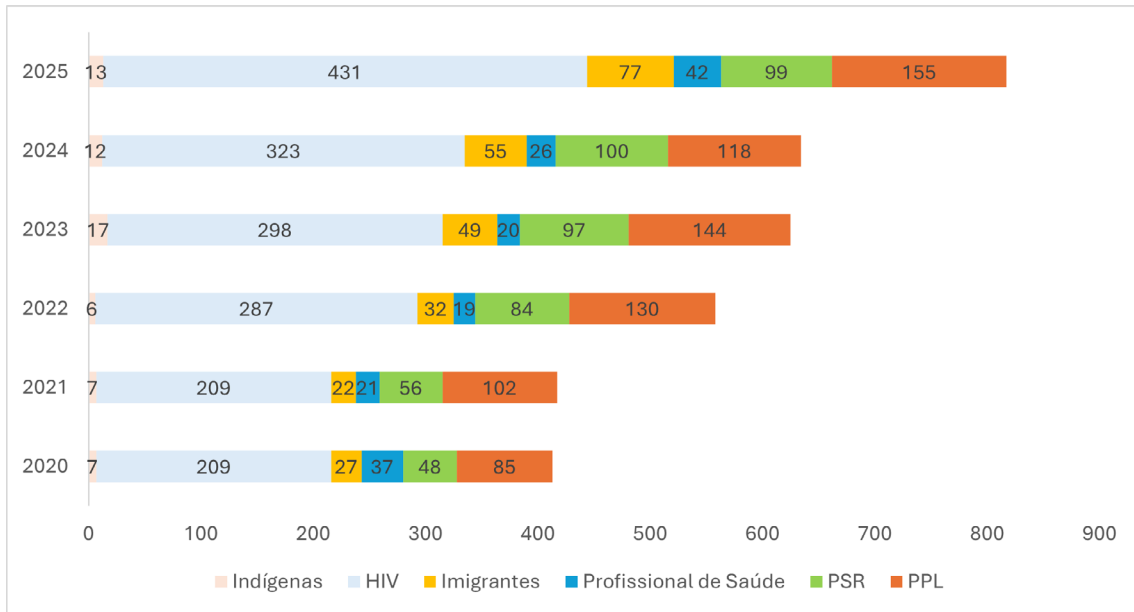
Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social.

Censo da população em situação de rua na municipalidade de São Paulo, 2015. São Paulo, 2015.

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, avaliados março de 2017.

No que tange ao número de casos novos entre as populações com vulnerabilidade, as Pessoas Vivendo com HIV/Aids apresentaram o maior número de casos de Tuberculose ao longo dos 5 anos no estado. Essa tendência de aumento observamos o maior número de casos no ano 2025 (n= 431 casos TB/HIV e/ou aids). Em seguida as PPL-pessoas privadas de liberdade (n= 155 casos) e depois seguido da população em situação de rua (PSR com 99 casos). Em todos os anos analisados percebemos aumento gradual para essas populações citadas (**Figura 10**).

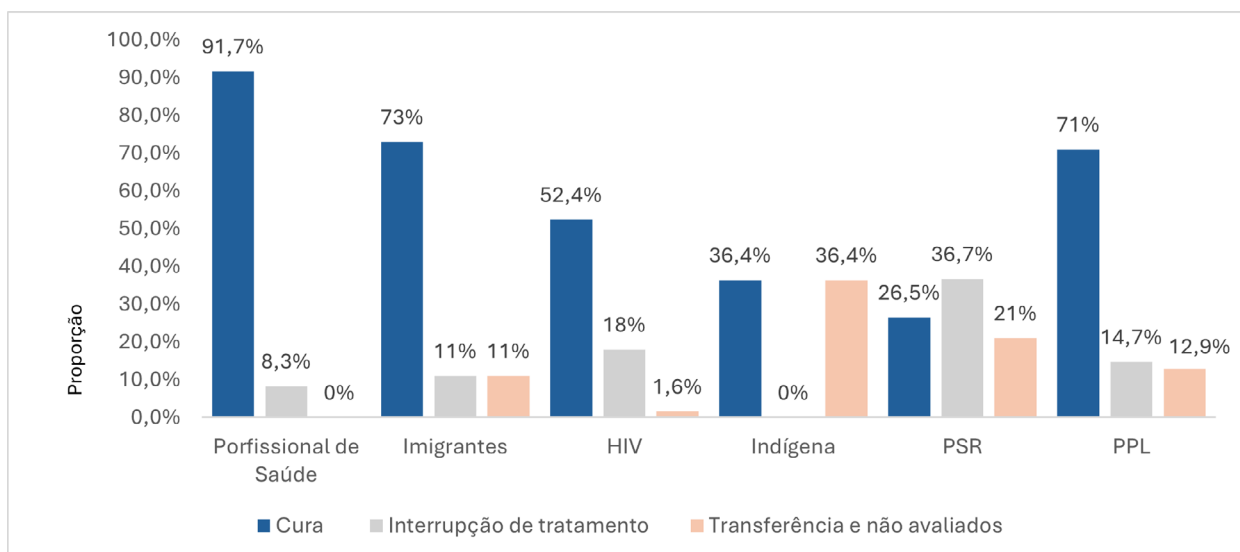
**FIGURA 10** - Números de casos novos de tuberculose nas populações em situação de vulnerabilidade ao adoecimento. Santa Catarina, anos de 2020 a 2025\*.



Fonte: SINAN/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC. \*Dados sujeitos a alterações.

Em relação aos desfechos de tratamento da doença nessas populações (**Figura 11**), observa-se que, no ano de 2024, os profissionais de saúde foram o grupo que apresentou a maior proporção de cura, com 91,7%, em comparação às outras populações. Os imigrantes apresentaram 73% de cura no mesmo ano avaliado. Contudo, o menor índice de cura nesse período foi encontrado na população em situação de rua (PSR), com 26,5%, além de apresentar o maior percentual de interrupção de tratamento com 36,7%. As informações de transferência e de casos não avaliados para essas populações, no ano de 2024, foram mais frequentes na população indígena, que apresentou o maior percentual entre todos os grupos analisados, de 36,4%.

**FIGURA 11** - Proporção de desfechos de tratamento entre os casos novos diagnosticados em populações em situação de maior vulnerabilidade. Santa Catarina, 2024.



Fonte: SINAN/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC. \*Dados sujeitos a alterações.

# TUBERCULOSE DROGARRESISTENTE

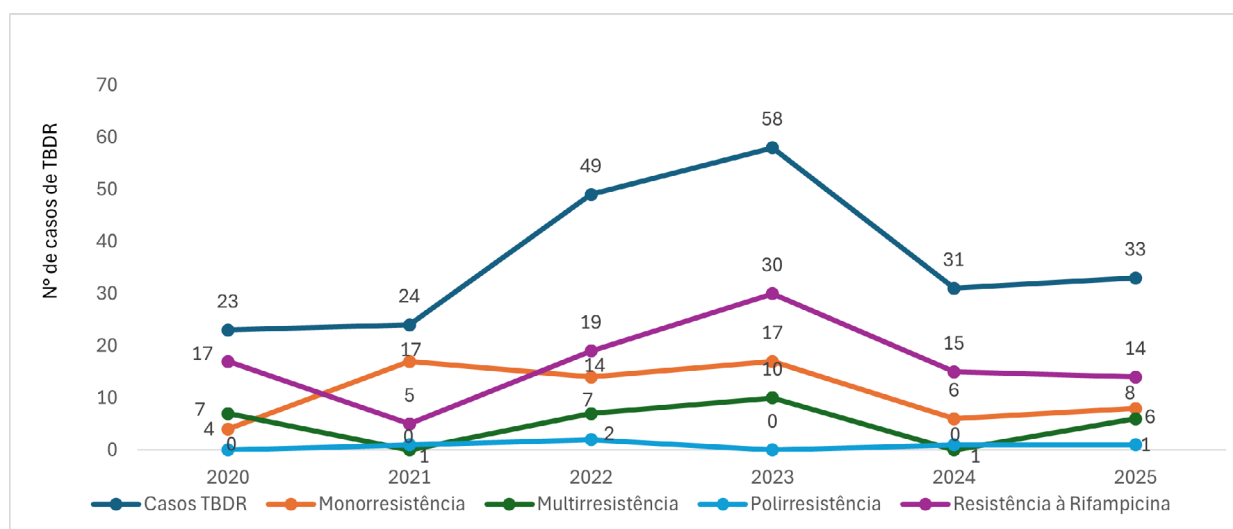
A tuberculose drogarresistente (TB-DR) representa, no Brasil, um dos maiores desafios para o seu controle, pois a complexidade do diagnóstico, os custos elevados e o tempo prolongado de tratamento para a pessoa, somados ao pior prognóstico em comparação ao esquema básico, tornam a TB-DR um problema de grande impacto na saúde pública. É caracterizada pela resistência do *Mycobacterium tuberculosis* a pelo menos um dos principais medicamentos utilizados no tratamento da doença.

Entre 2020 e 2025, foram notificados, no SITETB (Sistema de Tratamentos Especiais), 214 casos de TB-DR em Santa Catarina, com maior concentração nos municípios de Florianópolis, com 68 casos e Joinville com 48 casos. Na análise do número de casos revelou que, em todos os anos, foram registradas notificações tanto no estado quanto nos dois municípios mencionados (**Figura 12**).

Quanto ao padrão de resistência ao longo dos anos avaliados, ainda na **Figura 12**, podemos observar indica ausência de casos de polirresistência nos anos de 2020, 2023 e 2024, bem como ausência de casos de multirresistência nos anos de 2021 e 2024. Considerando a principal droga no combate à tuberculose, a Rifampicina, os resultados demonstraram que, no total, de 214 casos de TBDR, 100 casos apresentaram resistência a esse medicamento.

A faixa etária mais acometida pela doença foi de 20 a 79 anos. Em relação ao sexo, foram notificados 163 casos no sexo masculino (73,8%) e 51 no sexo feminino (23,8%). Quanto à raça/cor, 73,8% dos casos ocorreram em pessoas de cor branca, enquanto a soma de pessoas negras, pardas e pretas correspondeu a 26,1% (n = 56 casos).

**FIGURA 12** - Número de casos novos de tuberculose drogarresistente segundo o padrão de resistência inicial. Santa Catarina 2020 a 2025.



Fonte: SITETB/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC. \*Dados sujeitos a alterações.

# PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE

A Infecção Latente por Tuberculose (ILT) é definida como um estado de resposta imune persistente à estimulação por antígenos do *Mycobacterium tuberculosis*, sem evidência de doença ativa. Estima-se que cerca de um quarto da população mundial esteja infectada (WHO, 2024), e aproximadamente 5% a 10% dessas pessoas desenvolverão tuberculose ativa ao longo da vida. O maior risco de adoecimento concentra-se nos dois primeiros anos após a primoinfecção; no entanto, o estado de latência pode persistir por vários anos. O risco de progressão para a tuberculose ativa é maior em pessoas que vivem com HIV e/ou aids (PVHA), indivíduos recentemente infectados por casos bacilíferos, pessoas com desnutrição, diabetes, imunossupressão, além de tabagistas e consumidores de álcool (Brasil, 2020).

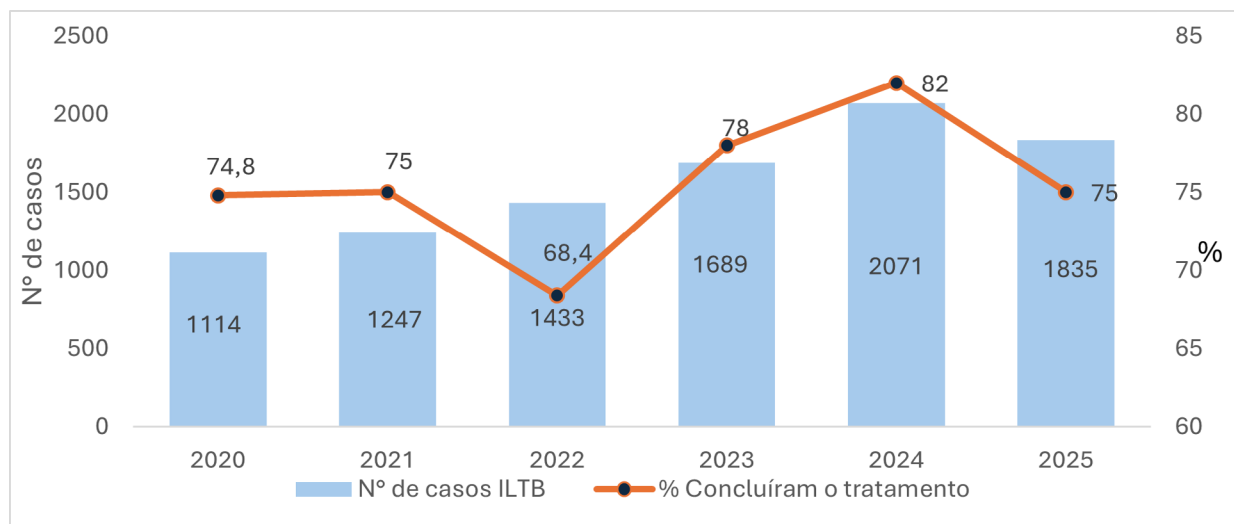
Paralelamente, a vacinação com BCG permanece fundamental para a prevenção das formas graves da doença em crianças (WHO, 2024). Com o avanço da implantação da vigilância da ILTB, observou-se um aumento expressivo nas notificações de tratamento preventivo, bem como o aprimoramento dos fluxos de investigação.

Em Santa Catarina, o monitoramento da ILTB era realizado por meio da ferramenta VIGILANTOS-Módulo Tuberculose, desde 2003, utilizada pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC) até julho de 2025. A partir desse período, o estado passou a utilizar a plataforma do Ministério da Saúde (IL-TB) para notificação dos casos. Com base na série histórica, foram analisados os dois bancos de dados de 2020 a 2025, totalizando 9.388 notificações.

Na análise anual de 2020 a 2025 na **Figura 13**, o ano de 2022 apresentou o menor número de casos, com 1.433 notificações e 68,4% concluíram o tratamento. Já no ano de 2024 registrou-se o maior número, com 2.019 casos e o percentual de conclusão de tratamento foi de 82%.

No ano de 2025, foram registrados 611 casos no sistema VIGILANTOS e 1.224 casos na plataforma IL-TB, totalizando 1.835 notificações. Nesse período, 57% dos casos ocorreram no sexo masculino (n = 1.046) e 43% no sexo feminino (n = 789). A faixa etária mais acometida foi de 20 a 69 anos. Um total de 1.078 pessoas realizaram os tratamentos com o esquema 3HP (58,7%). O teste PPD (derivado proteico purificado) foi realizado por 667 pessoas. O teste IGRA apresentou resultado positivo em 356 indivíduos. Do total de casos, 107 pessoas vivendo com HIV e /ou aids (PVHA-5,8%). Além disso, 1.051 pessoas descartaram tuberculose ativa, correspondendo a 52,2% dos casos em 2025.

**FIGURA 13** - Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo da tuberculose e proporção de desfecho de tratamento. Santa Catarina, anos de 2020 a 2025\*.



Fonte: VIGILANTOS/GEDIC/DIVE/SUV/SES/SC. \*Dados sujeitos a alterações.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Considerando as análises dos indicadores apresentadas neste boletim epidemiológico, observa-se que os desafios persistem, sendo necessárias estratégias para intensificar as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e qualificação contínua dos bancos de dados. Destacam-se desafios importantes, especialmente em indicadores que apresentaram impacto negativo nos últimos anos, como a taxa de incidência, a proporção de cura e a interrupção de tratamento, o aumento das notificações em hospitais, o crescimento do número de casos de tuberculose na infância (menores de 15 anos) e o aumento de casos novos em populações vulneráveis. Entre essas populações, destaca-se também o aumento do número de casos entre profissionais de saúde.

Para as populações vulneráveis, é fundamental ampliar a busca ativa de casos e considerar as especificidades recomendadas para esses grupos. Também é necessário fortalecer parcerias com os serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com a Segurança Pública e com a sociedade civil.

As notificações de casos novos de tuberculose evidenciaram que, após a redução observada em 2020, houve aumento dos registros, resultando em elevação da taxa de incidência, principalmente em algumas regiões de saúde, como a Foz do Rio Itajaí, com 42,4 casos por 100 mil habitantes, valor superior ao do Brasil (39,4 casos por 100 mil habitantes) e ao do estado (33,0 casos por 100 mil habitantes). A região da Grande Florianópolis também apresentou taxa de incidência superior à média estadual, com 37,0 casos por 100 mil habitantes.

Considerando o Plano Nacional estabelecido pelo Ministério da Saúde para a redução da incidência e da mortalidade por tuberculose, as metas de longo prazo incluem: reduzir a incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes até 2035; reduzir o número de óbitos para menos de 1 por 100 mil habitantes até 2035; e zerar o número de famílias afetadas por custos catastróficos relacionados à doença.

Entre as estratégias preconizadas para o controle da tuberculose, destaca-se a necessidade de manter altas coberturas da vacina BCG no primeiro ano de vida, garantir o diagnóstico precoce e implementar o tratamento diretamente observado (TDO) para todos os doentes. Essas ações contribuem para o aumento do percentual de cura dos casos novos e para a interrupção da cadeia de transmissão.

Outra medida que deve ser intensificada é o aprimoramento dos serviços de saúde na investigação de contatos de casos de tuberculose e de grupos de risco, especialmente pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). Essa estratégia permite a identificação da infecção latente por tuberculose e, conseqüentemente, a prevenção de novos casos de tuberculose ativa no futuro.

A obtenção e a qualificação das informações sobre casos de tuberculose, a partir de diferentes fontes — como livros de registro, prontuários médicos e sistemas de informação em saúde, incluindo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e o Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/aids (SIMC) — podem contribuir para a redução da subnotificação, para o aprimoramento do controle da doença e para a melhoria da qualidade das informações.

Com as novas tecnologias, como a incorporação de novas vacinas, o encurtamento dos esquemas terapêuticos, o desenvolvimento de novas ferramentas diagnósticas e o investimento em pesquisas voltadas à redução da infecção e da mortalidade por tuberculose, será possível, no futuro, alcançar impacto significativo no controle da doença no país.

O Plano Estadual de Controle da Tuberculose como ênfase nas populações vulneráveis tem como um dos objetivos específicos é orientar os municípios no planejamento das ações de controle da doença nas suas áreas de abrangência, Além disso, o estado vem promovendo capacitações contínuas voltadas ao diagnóstico, tratamento, vigilância e prevenção da tuberculose. Desde 2020, também oferece o serviço de teleconsultoria por meio do Telessaúde, ferramenta que possibilita a discussão de casos clínicos na atenção primária, contribuindo para a qualificação do manejo clínico e para o aumento das taxas de cura, com vistas ao alcance das metas de eliminação da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil até 2030.

Além das iniciativas citadas, em março de 2024 foi oficializado, por meio da Portaria nº 352, de 18 de março de 2024, o Comitê Estadual de Assessoramento nas Ações de Enfrentamento da Tuberculose no estado de Santa Catarina, bem como a Deliberação nº 351/CIB/2024, que aprovou a liberação de recursos federais para 20 municípios prioritários, responsáveis por 70% da carga de tuberculose no estado. Esses recursos destinam-se ao custeio de ações voltadas ao aprimoramento da abordagem multidisciplinar da doença, promovendo melhorias no seu enfrentamento.

Diante desse cenário, reafirma-se o compromisso do estado com a melhoria contínua das estratégias de controle da tuberculose, por meio de uma abordagem integrada e intersetorial, visando reduzir o impacto da doença e promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Por fim, ressalta-se a importância de que esse compromisso seja compartilhado com os municípios, com o apoio da sociedade civil, para o fortalecimento das ações de vigilância, prevenção, diagnóstico e tratamento, garantindo uma resposta mais eficaz e abrangente.

# REFERÊNCIAS

---

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024>. Acesso em: 19 abr. 2024.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf). Acesso em: 20 jan. 2024.
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Global tuberculosis report 2020*. Genebra: OMS, 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>. Acesso em: 20 jan. 2024.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Overview: progress towards achieving global tuberculosis targets and implementation of the UN Political Declaration on Tuberculosis*. Genebra: OMS, 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/overviewprogress-towards-achieving-global-tuberculosis-targets-and-implementation-of-the-un-political-declaration-on-tuberculosis>. Acesso em: 20 jan. 2024.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Global tuberculosis report 2021*. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>. Acesso em: 20 jan. 2024.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública: estratégias para 2021–2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. Acesso em: 19 mar. 2025.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diretrizes sobre prevenção e controle da infecção por tuberculose: atualização de 2019. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/311259>. Acesso em: 7 maio 2025.
8. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Manual do usuário Sistema Vigilantes 4: módulo configuração. Disponível em: <https://ditig.saude.sc.gov.br/arquivos/Vigilantes4-M%C3%B3duloConfigura%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 7 maio 2025.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim epidemiológico de tuberculose. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim-epidemiologico-tuberculose-2025/view>. Acesso em: 7 maio 2025.

# EXPEDIENTE

O informativo Epidemiológico Barriga Verde é uma publicação técnica da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Rua Esteves Júnior, 390 - Anexo I - 1º andar - Centro - Florianópolis - CEP: 88015-130 | Fone: (48) 3664-7400 | Site: [www.dive.sc.gov.br](http://www.dive.sc.gov.br)

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

**Governo do Estado:** Jorginho dos Santos Mello | **Secretário de Estado da Saúde:** Diogo Demarchi Silva | **Superintendente de Vigilância em Saúde:** Fábio Gaudenzi | **Diretor de Vigilância Epidemiológica:** João Augusto Brancher Fuck | **Gerente de IST, HIV/AIDS e Doenças Infecciosas Crônicas:** Regina Célia Santos Valim | **Elaboração:** Luís Henrique da Cunha, Eduardo Guimarães de Araújo Moreira, Andrea Araujo Ribeiro, Regina Célia Santos Valim, Flávia Moreira Soares, Eduardo Campos de Oliveira e Ângela Regina Monteiro | **Revisão técnica:** João Augusto Brancher Fuck e Regina Célia Santos Valim | **Produção:** Núcleo de Comunicação DIVE/SC | **Supervisão e Revisão:** Patrícia Pozzo | **Diagramação:** Alex Martins.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de IST, HIV/AIDS e Doenças Infecciosas Crônicas (GEDIC). Tuberculose. Informativo Epidemiológico. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2026.

**GOVERNO DE SANTA CATARINA**

Secretaria de Estado da Saúde

Sistema Único de Saúde

Superintendência de Vigilância em Saúde

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Gerência de IST, HIV/Aids e Doenças Infecciosas Crônicas (GEDIC)



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE