

Informe Epidemiológico

Secretaria Estadual da Saúde

Programa Estadual de Controle da Tuberculose/CEVS/SES

Agosto/2026

Tuberculose

Rio Grande do Sul - 2026



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE





Informe Epidemiológico
Estado do Rio Grande do Sul
Tuberculose 2026

Programa Estadual de Controle da Tuberculose – PECT-RS
Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS/SES/RS
Hospital Sanatório Partenon - DUP - DGHE

Agosto 2026

Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Lisiane Wasem Fagundes – Secretária

Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)

Tani Maria Schilling Ranieri Muratore – Diretora

Divisão de Vigilância Epidemiológica- DVE

Roberta Vanacor Lenhardt - Chefe de Divisão

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS)

Marilise Fraga de Souza- Diretora

Departamento de Gestão dos Hospitais Estaduais (DGHE)

Maria Letícia Rodrigues Ikeda – Diretora

Hospital Sanatório Partenon (HSP)

Carla Adriane Jarczewski – Diretora Técnica

Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT-RS)

Carla Adriane Jarczewski – Coordenadora

Organização:

Ana Catarina Attianeze Branco - Análise e Revisão

Brenda D'agustini- Análise e Revisão

Carla Adriane Jarczewski - Análise e Revisão

Maiara Lenise Lütz - Elaboração

Nelson da Silva Souza Bittencourt - Elaboração

Rosa Maria Albuquerque de Castro - Elaboração

Sabrina da Cunha Godoy - Elaboração

Silvana Boeira Zanella - Elaboração

Programa Estadual de Controle da Tuberculose -

Rio Grande do Sul - PECT-RS

Divisão de Vigilância Epidemiológica- DVE

Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS

Secretaria Estadual de Saúde - SES/RS

Av. Ipiranga 5400 – Sala 064 – Bairro Jardim Botânico – POA/RS

tuberculose@saude.rs.gov.br

www.cevs.rs.gov.br/tuberculose

Lista de Figuras

Figura 01 - Incidência por 100 mil habitantes e número de casos novos de tuberculose. RS, 2015 a 2025.....	13
Figura 02 - Coeficiente de incidência de casos novos de tuberculose por CRS. RS, 2025.....	14
Figura 03 - Casos Novos Acumulados de Tuberculose nos Municípios de Alta Carga em Relação ao Total do Estado. RS, 2021 a 2025.....	16
Figura 04 - Óbitos por tuberculose e coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes. RS, 2015 a 2024.....	17
Figura 05 - Situação de encerramento de casos novos de tuberculose. RS, 2015 a 2024.....	18
Figura 06 - Incidência de casos novos de tuberculose por sexo e faixa etária. RS, 2025.....	19
Figura 07 - Incidência de casos novos de tuberculose por raça/cor. RS, 2025....	20
Figura 08 - Proporção de casos novos de tuberculose diagnosticados em populações em situação de vulnerabilidade. RS, 2015 a 2025.....	21
Figura 09 - Distribuição dos casos novos de TB ocorridos em populações vulneráveis ao adoecimento por TB. RS, 2015 a 2025.....	22
Figura 10 - Proporção de desfechos em populações vulneráveis ao adoecimento por TB e na população geral. RS, 2024.....	24
Figura 11 - Proporção de desfecho de tratamento em casos novos de tuberculose com coinfeção TB/HIV. RS, 2015 a 2024.....	25
Figura 12 - Proporção de testagem para o HIV e de coinfeção TB/HIV entre os casos novos de tuberculose. RS, 2015 a 2025.....	26
Figura 13 - Proporção de testagem para o HIV entre os casos novos de tuberculose por CRS. RS, 2025.....	27
Figura 14 - Realização de TARV entre os casos novos de tuberculose com coinfeção TB/HIV. RS, 2015 a 2025.....	28
Figura 15 - Proporção de casos novos de tuberculose em pessoas com até 15 anos de idade, dentre o total de casos novos. RS, 2015 a 2025.....	29
Figura 16 - Percentual de contatos examinados dentre os contatos esperados e dentre os contatos identificados, por ano. RS, 2015 a 2025.....	31
Figura 17 - Proporção de realização de tratamento diretamente observado em casos novos de tuberculose. RS, 2015 a 2025.....	32
Figura 18 - Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial. RS, 2015 a 2025.....	33

Figura 19 - Total de TRM-TB realizado para diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar e percentual de positividade para CMTB entre os mesmos. RS, 2015 a 2025.....	34
Figura 20 - Proporção de desfecho de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial. RS, 2015 a 2024.....	35
Figura 21 - Número de casos novos de TB-DR notificados no SITE-TB. RS, por padrão de resistência inicial. RS, 2015 a 2025.....	37
Figura 22 - Situação de encerramento dos casos novos de TB-DR notificados no SITE-TB. RS, 2015 a 2024.....	38
Figura 23 - Situação de encerramento dos casos novos de TB Sensível e de TB-DR notificados no SITE-TB. RS, 2015 a 2023.....	40
Figura 24 - Número de pessoas que iniciaram o TPT conforme esquema de tratamento. RS, 2019 a 2025.....	42
Figura 25 - Situação de encerramento de tratamento preventivo de tuberculose conforme esquema terapêutico. RS, 2024.....	43
Figura 26 - Número de pessoas que iniciaram o TPT conforme indicação inicial de tratamento. RS, 2025.....	44

Lista de Tabelas e Mapas

Tabela 01. Indicadores epidemiológicos de casos novos (CN) de Tuberculose por sexo e forma pulmonar, segundo Coordenadoria Regional de Saúde. RS, 2025..	48
Tabela 02. Testagem de HIV e Coinfecção por CRS. RS, 2025.....	49
Tabela 03. Realização de TARV nos Casos Novos de TB em PVHIV por CRS. RS, 2025.....	50
Tabela 04. Realização de TRM-TB de acordo com as Notificações do SINAN por CRS. RS, 2025.....	51
Tabela 05. Realização de testagem para o HIV e realização de TARV entre os casos novos de tuberculose por CRS. RS, 2025.....	52
Tabela 06. Realização de cultura para micobactérias entre casos novos de tuberculose por CRS. RS, 2025.....	53
Tabela 07. Realização de cultura para micobactérias entre retratamentos de tuberculose por CRS. RS, 2025.....	54
Mapa 01 - Mapa do Rio Grande do Sul por Coordenadoria Regional de saúde....	55

Lista de Abreviações e Siglas

BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
CMTB	Complexo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGRA	Ensaio de Liberação do Interferon-Gama
ILTB	Infecção Latente da Tuberculose
IL-TB	Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de Infecção Latente da Tuberculose
MNT	Micobactérias não tuberculosas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PECT	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PPL	População Privada de Liberdade
PS	Profissionais de saúde
PSR	População em Situação de Rua
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV/AIDS
RS	Rio Grande do Sul
RHZE	Rifampicina+Isoniazida+Pirazinamida+Etambutol (150 + 75 + 400 + 275 mg) comprimidos de dose fixa combinada
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SITE-TB	Sistema de Tratamentos Especiais para Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TB-DR	Tuberculose Drogarresistente
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TPT	Tratamento Preventivo da Tuberculose
TRM -TB	Teste Rápido Molecular para Tuberculose

Sumário

1. INTRODUÇÃO:.....	9
2. MÉTODOS:.....	10
3. PANORAMA DA TUBERCULOSE NO RIO GRANDE DO SUL:.....	12
3.1. Incidência:.....	12
3.2. Municípios de Alta Carga de TB.....	14
3.3. Óbitos por TB:.....	16
3.4. Desfechos:.....	17
4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PESSOAS COM TB:.....	19
4.1. TB em populações vulneráveis ao adoecimento:.....	21
4.2. Coinfecção TB-HIV.....	24
4.3. TB em Crianças:.....	28
5. AÇÕES PROGRAMÁTICAS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NOS TERRITÓRIOS:.....	30
5.1. Avaliação de contatos:.....	30
5.2. Realização de Tratamento Diretamente Observado (TDO):.....	31
6. CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL DA TB:.....	33
7. ESQUEMAS ESPECIAIS PARA TB (SITE-TB):.....	35
8. TRATAMENTO PREVENTIVO DA TB :.....	41
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS:.....	45
10. Referências Bibliográficas.....	47
Anexo I - Tabelas.....	47
Anexo II - Mapa.....	55

1. INTRODUÇÃO:

Este informe tem como objetivo divulgar os indicadores de tuberculose (TB) do Rio Grande do Sul (RS). Os indicadores selecionados são os de maior relevância para demonstrar a situação atual da tuberculose e subsidiar o monitoramento e o fortalecimento das ações de controle nos territórios.

Os dados e análises apresentados neste informe foram obtidos a partir Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Sistema de Tratamentos Especiais da TB (SITE-TB) e do Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (IL-TB). Em relação aos dados apresentados no Boletim Epidemiológico - Tuberculose 2026 publicado pelo Ministério da Saúde em março de 2026 ([Brasil 2026](#)), podem ser observadas pequenas diferenças numéricas decorrentes das correções e vinculações ocorridas entre a extração dos dados pelo Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Estadual de Saúde (SES).

2. MÉTODOS:

Os dados apresentados neste documento foram extraídos dos bancos de dados dos sistemas de informação relacionados à tuberculose: SINAN, SIM, SITE-TB e IL-TB. Os dados foram extraídos/exportados dos bancos nas seguintes datas:

- SINAN: 24/04/2026;
- SIM: extraído via Portal BI Saúde em 09/06/2026 (<https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>);
- IL-TB: 22/07/2026;
- SITE-TB: 17/07/2026.

Os indicadores epidemiológicos (excetuando-se os indicadores de desfecho) do SINAN, SIM, SITE-TB foram analisados para o período de 01 janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2025. Os dados do IL-TB foram analisados de 01 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2025, já que sua implantação ocorreu em 2019.

Para análise dos desfechos dos casos de tuberculose, foram analisados os bancos de dados do SINAN e SITE-TB para o período de 01 janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2024. Esse período permite que haja tempo suficiente para que os casos analisados no presente Informe alcancem um desfecho definitivo (cura, abandono, falência, mudança de esquema, óbito) possibilitando, dessa forma, uma avaliação mais completa e precisa da situação de encerramento dos casos.

De acordo com as diretrizes da Nota de Orientação 04/25 da Assessoria de Gestão e Planejamento, os cálculos que envolvam estimativas populacionais basearam-se nos dados da RIPSa (Rede Interagencial de Informações em

Saúde). A única exceção aplicou-se às análises por raça/cor, nas quais foram utilizados os dados do Censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

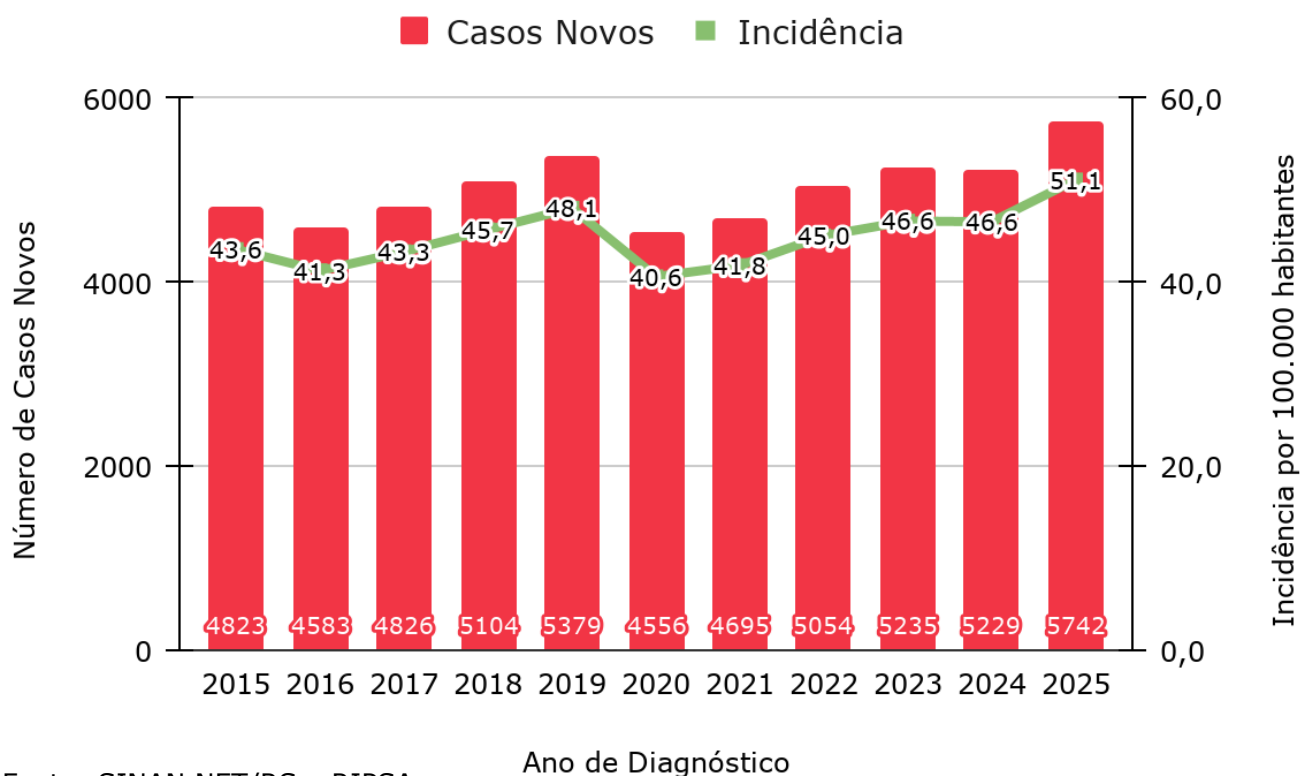
As particularidades utilizadas na construção de cada gráfico são apresentadas ao longo do texto, através das notas de rodapé.

3. PANORAMA DA TUBERCULOSE NO RIO GRANDE DO SUL:

3.1. Incidência:

No ano de 2025 foram notificados 5.742 casos novos de TB no RS, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 51,1 casos por 100 mil habitantes. Essa incidência está acima do coeficiente nacional de 39,5 casos por 100 mil habitantes no ano de 2025 (Brasil, 2026). A Figura 01 demonstra a série histórica do número de casos novos e dos coeficientes de incidência dos últimos dez anos para o estado. Em 2020, com o início da pandemia de Covid-19, houve uma redução expressiva no número de casos novos, cenário que se manteve em 2021. No entanto, a partir de 2022, observa-se uma retomada nos diagnósticos, culminando no ano de 2025 quando o coeficiente de incidência ultrapassou o patamar registrado em 2019.

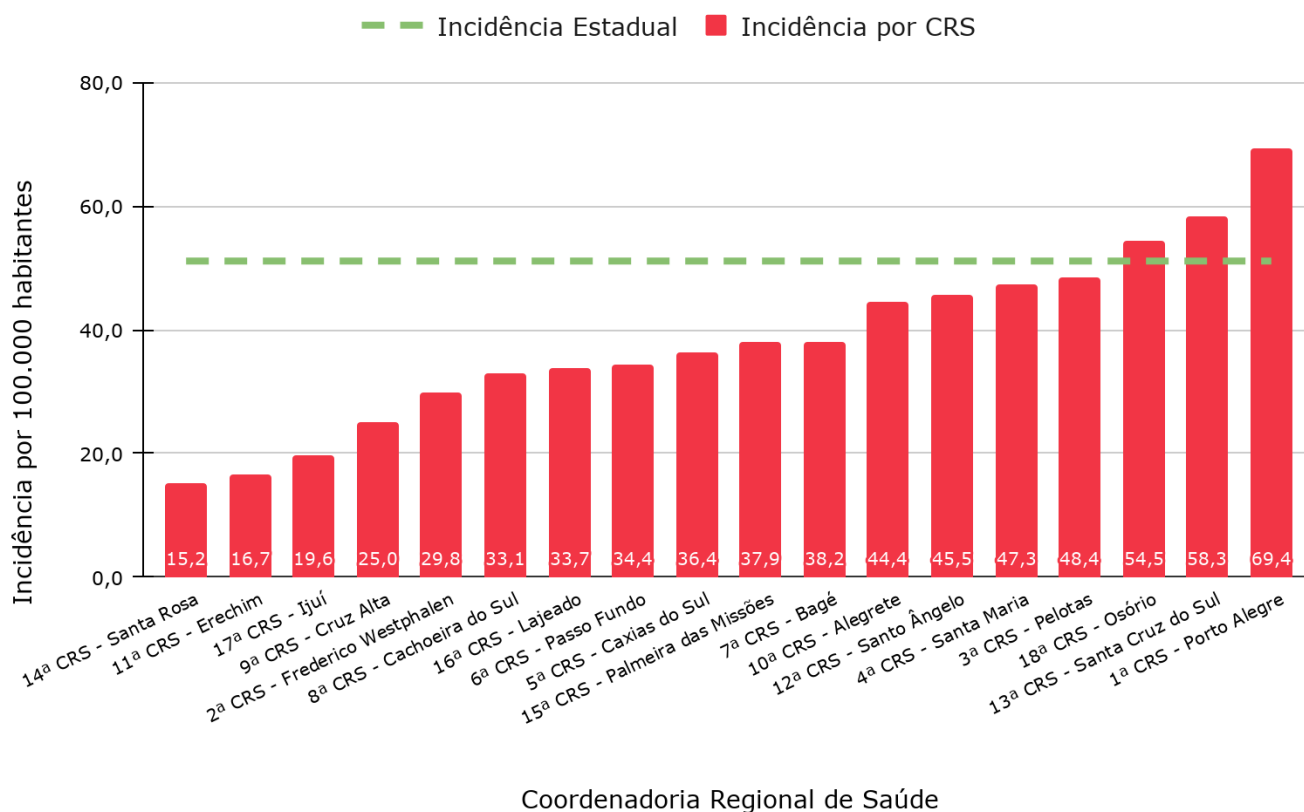
Figura 01 - Incidência por 100 mil habitantes e número de casos novos de tuberculose. RS, 2015 a 2025.



Fonte: SINAN NET/RS e RIPSA.

Assim como ocorre entre as regiões do Brasil (Brasil, 2026) a distribuição dos casos de tuberculose no estado do RS ocorre de forma heterogênea. A maior incidência de tuberculose está na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) (69,4 casos/100.000 hab.). Com incidência superior aos coeficientes nacional e estadual, é na 1ª CRS que estão localizados a maior parte dos municípios de alta carga de TB do estado, inclusive a capital, Porto Alegre. A 1ª CRS é também a região mais populosa do estado. A menor incidência de casos ocorre na 14ª CRS (15,2 casos/100.000 hab.). Além disso, observa-se uma crescente disseminação da doença pelas diferentes regiões do estado, especialmente nas macrorregiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste. Os coeficientes de incidência por CRS são apresentados na Figura 02.

Figura 02 - Coeficiente de incidência de casos novos de tuberculose por CRS. RS, 2025.



Fonte: SINAN NET/RS e RIPSa.

3.2. Municípios de Alta Carga de TB

Os municípios de alta carga de TB no RS são aqueles que registraram pelo menos 100 casos novos em um único ano nos últimos cinco anos. Juntos, esses municípios concentram 60,9% de todos os novos diagnósticos de TB do estado no período (15.799 casos). Em ordem decrescente do número de casos, são eles:

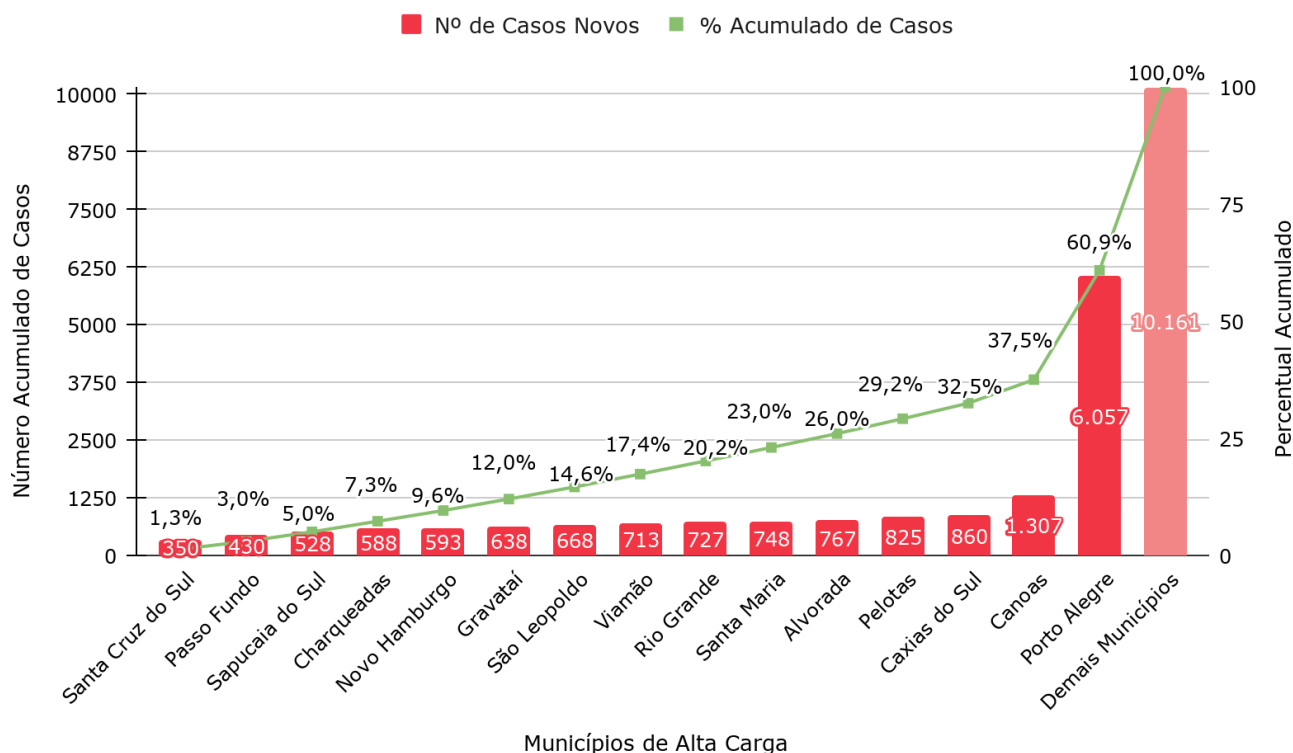
1. Porto Alegre (1ª CRS);
2. Canoas (1ª CRS);

3. Caxias do Sul (5ª CRS);
4. Pelotas (3ª CRS);
5. Alvorada (1ª CRS);
6. Santa Maria (4ª CRS);
7. Rio Grande (3ª CRS);
8. Viamão (1ª CRS);
9. São Leopoldo (1ª CRS);
10. Gravataí (1ª CRS);
11. Novo Hamburgo (1ª CRS);
12. Charqueadas (1ª CRS);
13. Sapucaia do Sul (1ª CRS);
14. Passo Fundo (6ª CRS);
15. Santa Cruz do Sul (13ª CRS).

Na figura 03 o total de casos novos acumulados nos últimos cinco anos foi apresentado de acordo com o total de casos em cada um dos quinze municípios prioritários, os demais 482 estão condensados na barra “Demais Municípios”.

A análise territorial evidencia uma acentuada concentração da doença na 1ª CRS, que abriga nove dos quinze municípios de alta carga do estado. Essa dinâmica reflete o impacto das vulnerabilidades socioeconômicas da Região Metropolitana na cadeia de transmissão da TB. Soma-se a isso a presença de um expressivo sistema prisional na região - com destaque para o município de Charqueadas -, o que eleva a complexidade do cenário epidemiológico local.

Figura 03 - Casos Novos Acumulados de Tuberculose nos Municípios de Alta Carga em Relação ao Total do Estado. RS, 2021 a 2025.



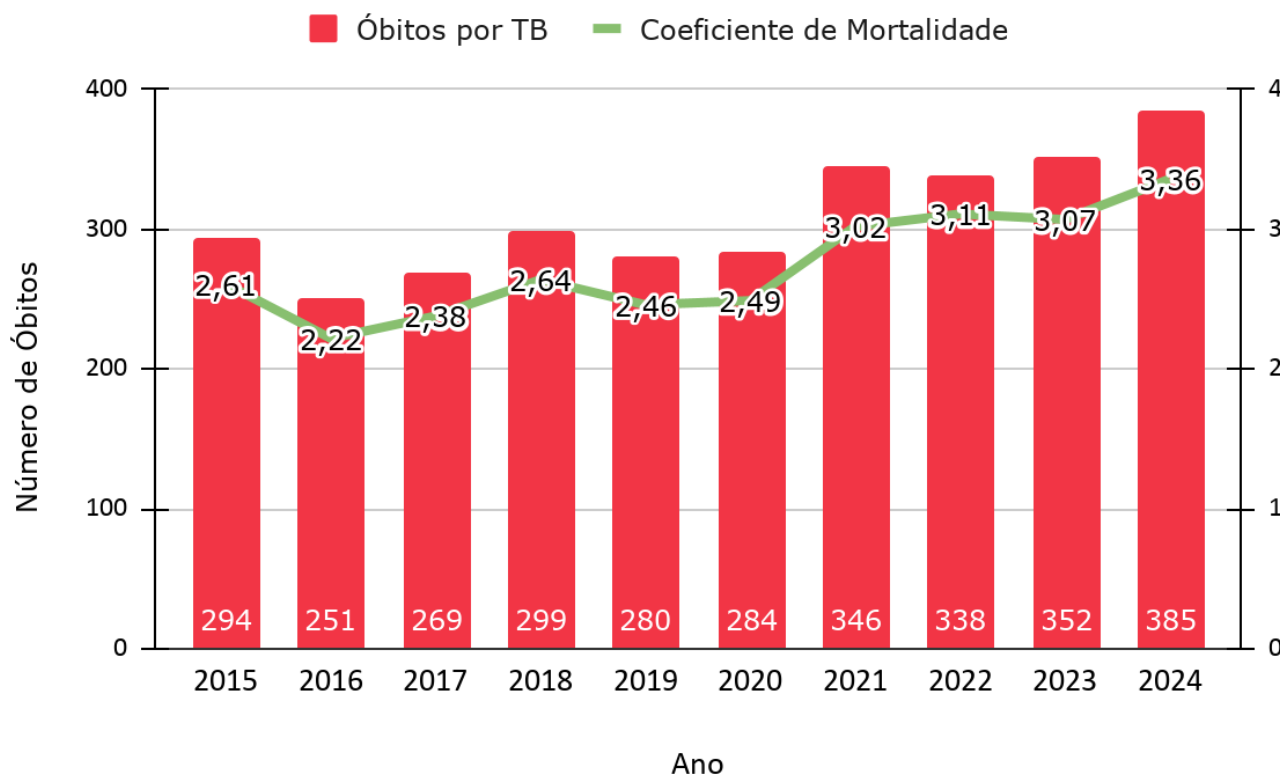
Fonte: SINAN NET/RS.

3.3. Óbitos por TB:

No ano de 2024 foram registrados 385 óbitos em decorrência da TB, o que equivale a um coeficiente de mortalidade de 3,36 óbitos/100 mil habitantes.

Ao longo dos últimos anos o número de óbitos por tuberculose tem aumentado, conforme demonstrado na Figura 04, indicando diagnósticos tardios e agravamento da doença. O coeficiente de mortalidade, indicador que expressa o risco de morte por tuberculose na população geral, também apresentou tendência de crescimento, especialmente a partir de 2021, atingindo 3,36 óbitos por 100 mil habitantes em 2024.

Figura 04 - Óbitos por tuberculose e coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes. RS, 2015 a 2024.

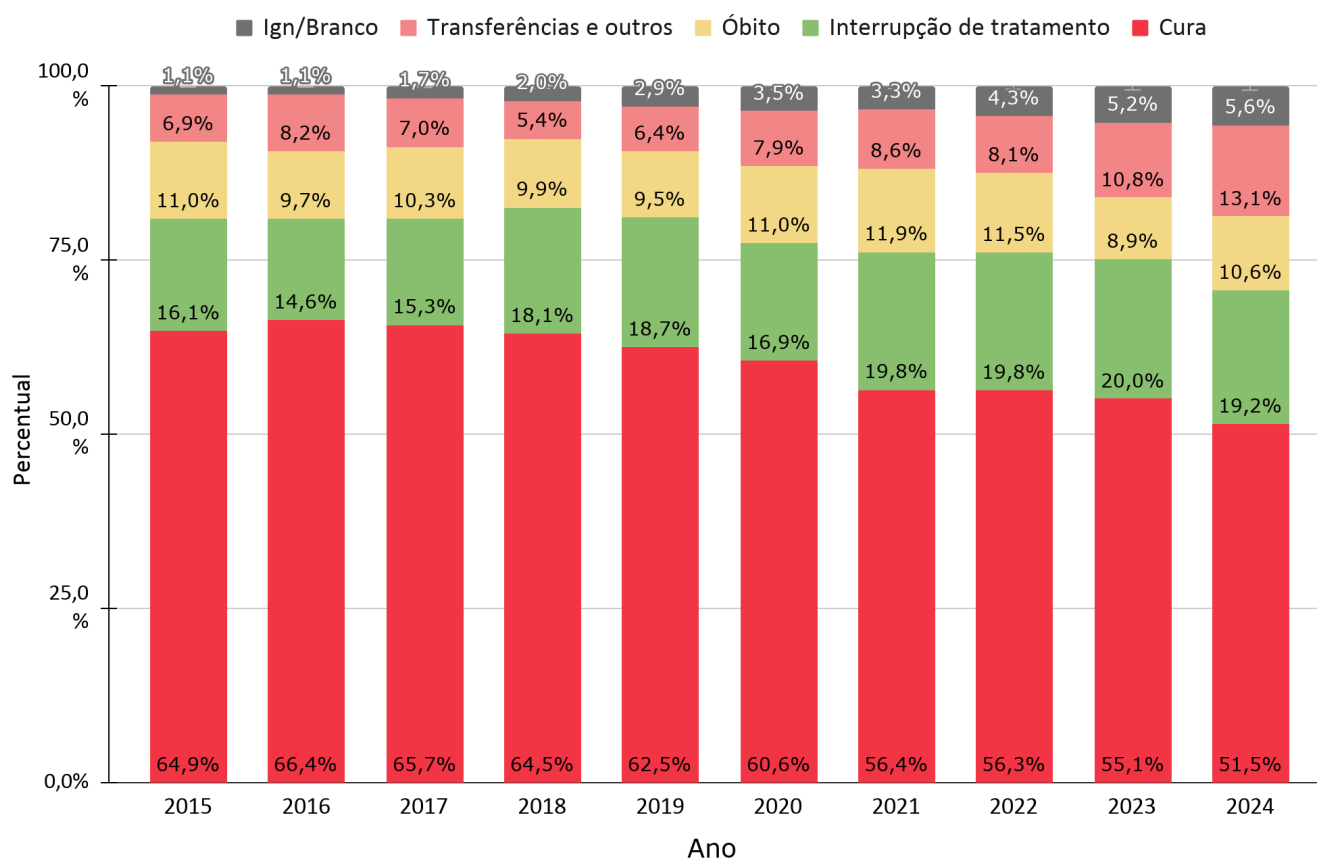


Fonte: BI Saúde e RIPSa.

3.4. Desfechos:

O Ministério da Saúde, alinhado com as metas da Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda uma proporção de cura de casos novos acima de 85% como uma estratégia para o fim da tuberculose como problema de saúde pública (Brasil 2021). Em 2024, a proporção de cura entre os casos novos de TB no RS foi de 51,5% e a de interrupção do tratamento, de 19,2% (Figura 05).

Figura 05 - Situação de encerramento de casos novos de tuberculose. RS, 2015 a 2024.

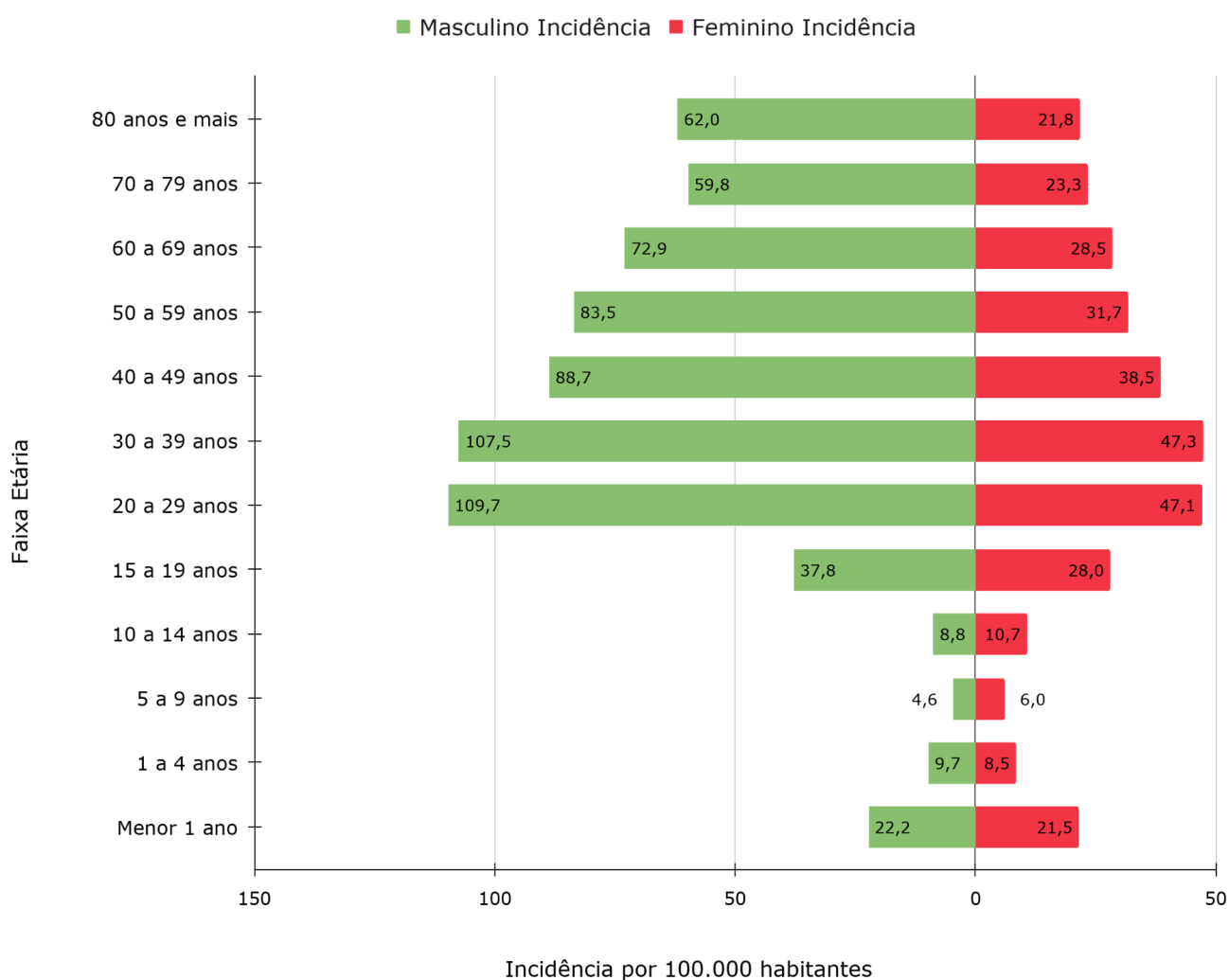


Fonte: SINAN NET/RS

4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PESSOAS COM TB:

No RS, assim como no resto do Brasil (Brasil 2026), a tuberculose está majoritariamente presente na faixa etária economicamente ativa e em pessoas do sexo masculino (Figura 06).

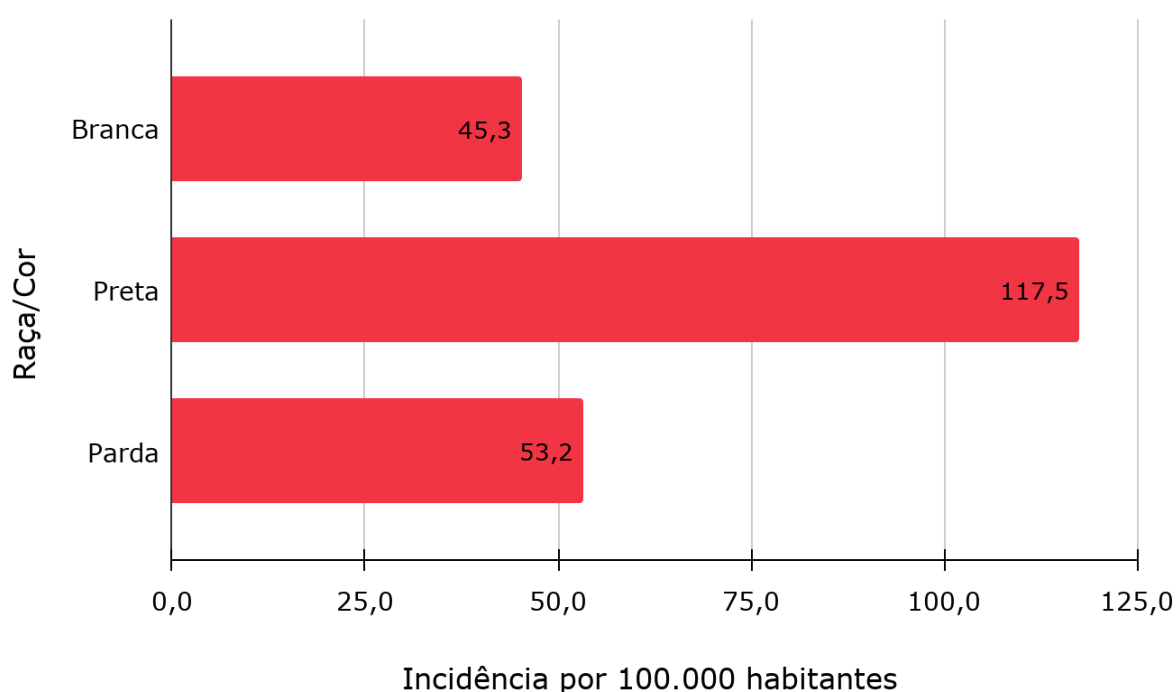
Figura 06 - Incidência de casos novos de tuberculose por sexo e faixa etária. RS, 2025.



Fonte: SINAN NET/RS e IBGE.

Devido às particularidades étnicas do nosso estado, o indicador de raça/cor deve ser avaliado sob dois aspectos: a sua distribuição na população geral e a sua distribuição proporcional. Como a população do RS é majoritariamente branca, a maioria absoluta (67,6%) dos casos novos de TB ocorreu em pessoas que se autodeclararam brancas, refletindo nossa característica populacional. Porém, ao avaliarmos a incidência proporcionalmente à raça/cor, observa-se uma maior incidência de casos novos de TB entre pessoas autodeclaradas pretas/pardas, indicando um maior risco de adoecimento para a população negra (Figura 07), com a população negra apresentando um risco relativo de adoecimento 2,6 maior em relação à população branca. Em relação às demais categorias, houve em 2025, 60 casos novos de TB na população autodeclarada amarela e 22 na indígena.

Figura 07 - Incidência de casos novos de tuberculose por raça/cor¹. RS, 2025.



Fonte: SINAN NET/RS e IBGE.

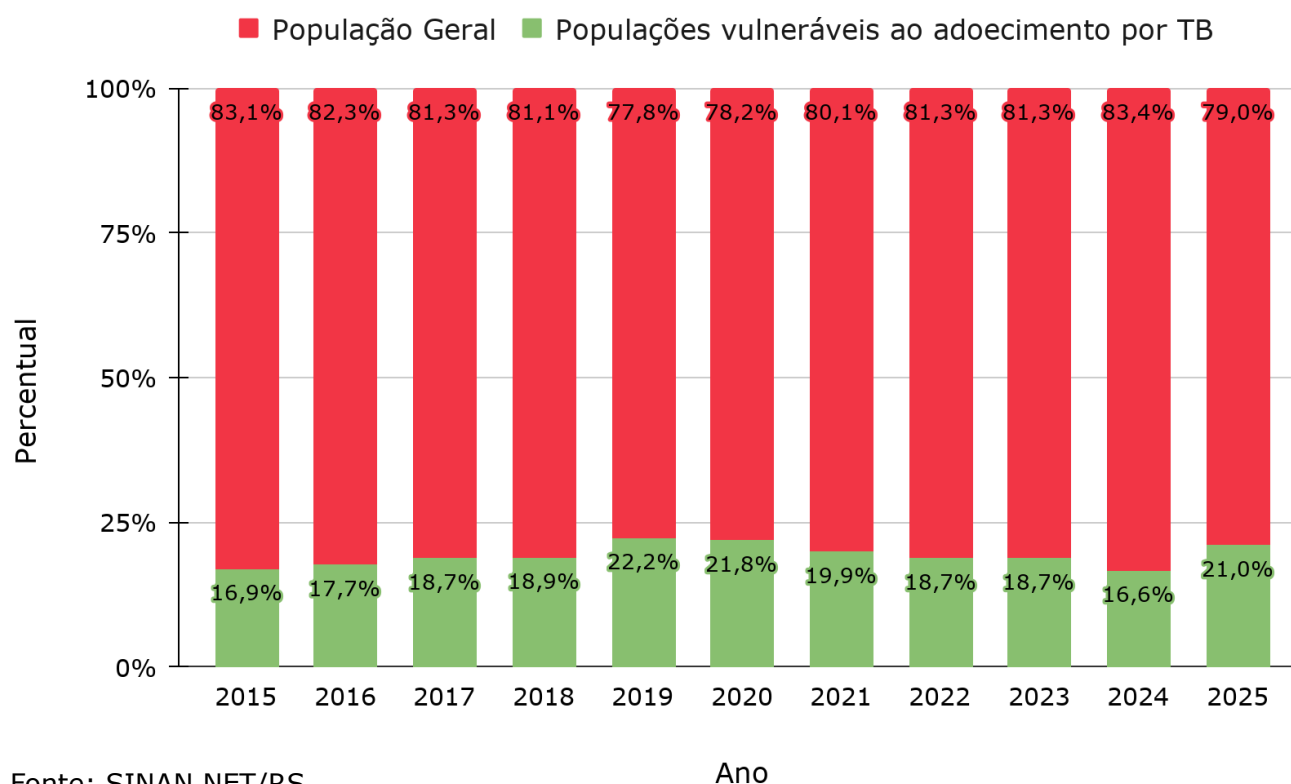
¹Desconsiderada raça/cor com menos de 50 casos.

4.1. TB em populações vulneráveis ao adoecimento:

O campo 33 da ficha de notificação do SINAN identifica se aquele paciente faz parte das populações mais vulneráveis ao adoecimento por TB que são: a população em situação de rua (PSR), a população privada de liberdade (PPL), os imigrantes, os profissionais de saúde (PS) e os indígenas.

Ao avaliarmos a proporção de casos de TB identificados como população vulnerabilizada (figura 08), observa-se que a média do percentual nos últimos 10 anos é de 19%.

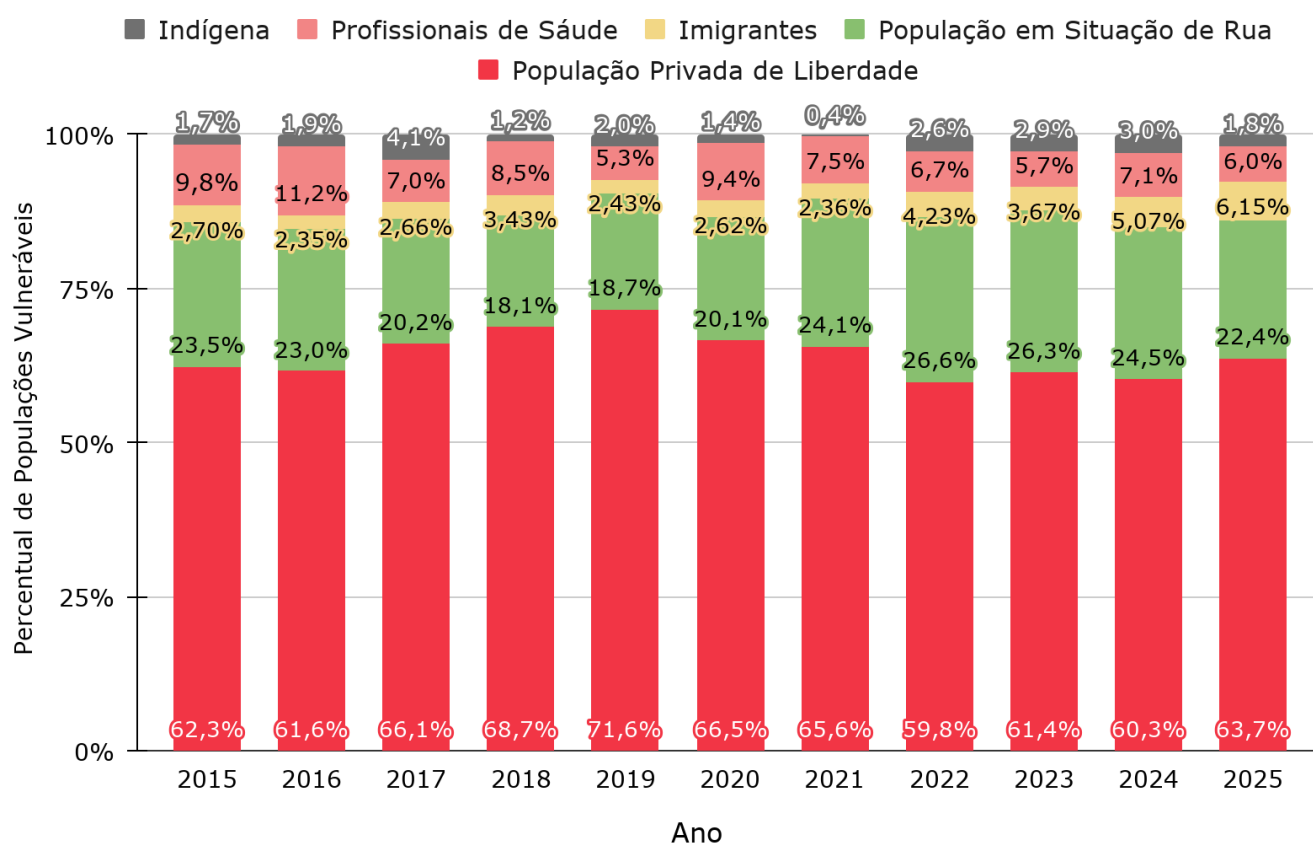
Figura 08 - Proporção de casos novos de tuberculose diagnosticados em populações em situação de vulnerabilidade. RS, 2015 a 2025.



Fonte: SINAN NET/RS.

A TB tem forte relação com os determinantes sociais: situações como falta de emprego e renda, insegurança alimentar, más condições de moradia e falta de acesso aos serviços de saúde podem influenciar no adoecimento por TB. Dentre as populações consideradas mais vulneráveis ao adoecimento, a PPL e a PSR são aqueles com número de casos mais expressivos no RS (Figura 09).

Figura 09 - Distribuição dos casos novos de TB ocorridos em populações vulneráveis ao adoecimento por TB. RS, 2015 a 2025.



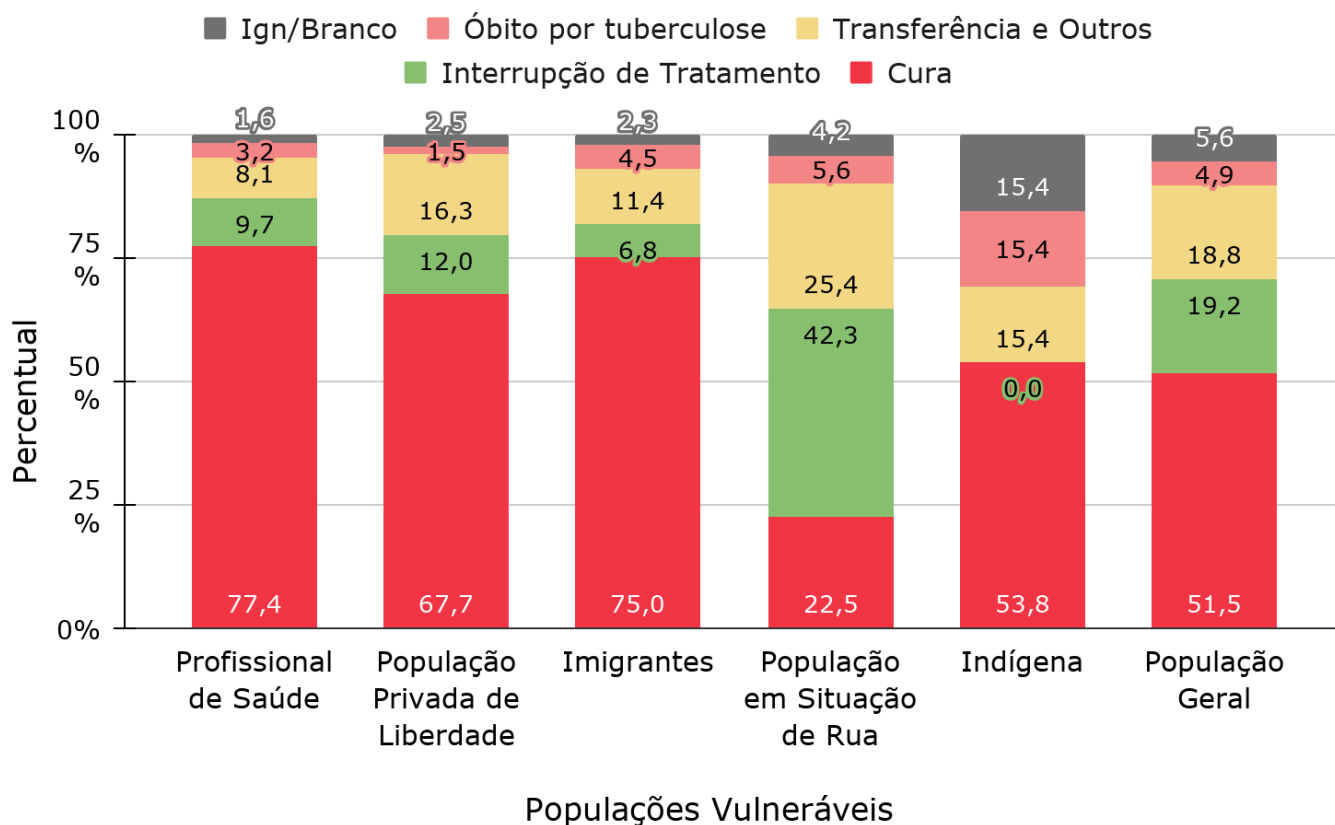
Fonte: SINAN NET/RS.

Os desfechos mudam drasticamente em populações vulneráveis (Figura 10). A população em situação de rua registrou o cenário mais crítico, com a

maior taxa de interrupção de tratamento (42,3%) e, conseqüentemente, índices de cura abaixo da média. Essa foi a população que apresentou o menor percentual de cura (22,5%) dentre os dados aqui apresentados. Já a população indígena apresenta o maior percentual de óbitos por tuberculose (15,4%). É por isso que estratégias como o TDO (Tratamento Diretamente Observado), onde um profissional de saúde acompanha a tomada diária da medicação, são tão recomendadas para melhorar esses desfechos.

Os percentuais de óbito elevados entre a PSR e indígena demonstram que suas condições de vida apresentam maiores dificuldades para a realização e sucesso do tratamento e evidencia que essas populações devem ter um olhar diferenciado na condução dos tratamentos quando comparados à população geral.

Figura 10 - Proporção de desfechos² em populações vulneráveis ao adoecimento por TB e na população geral. RS, 2024.



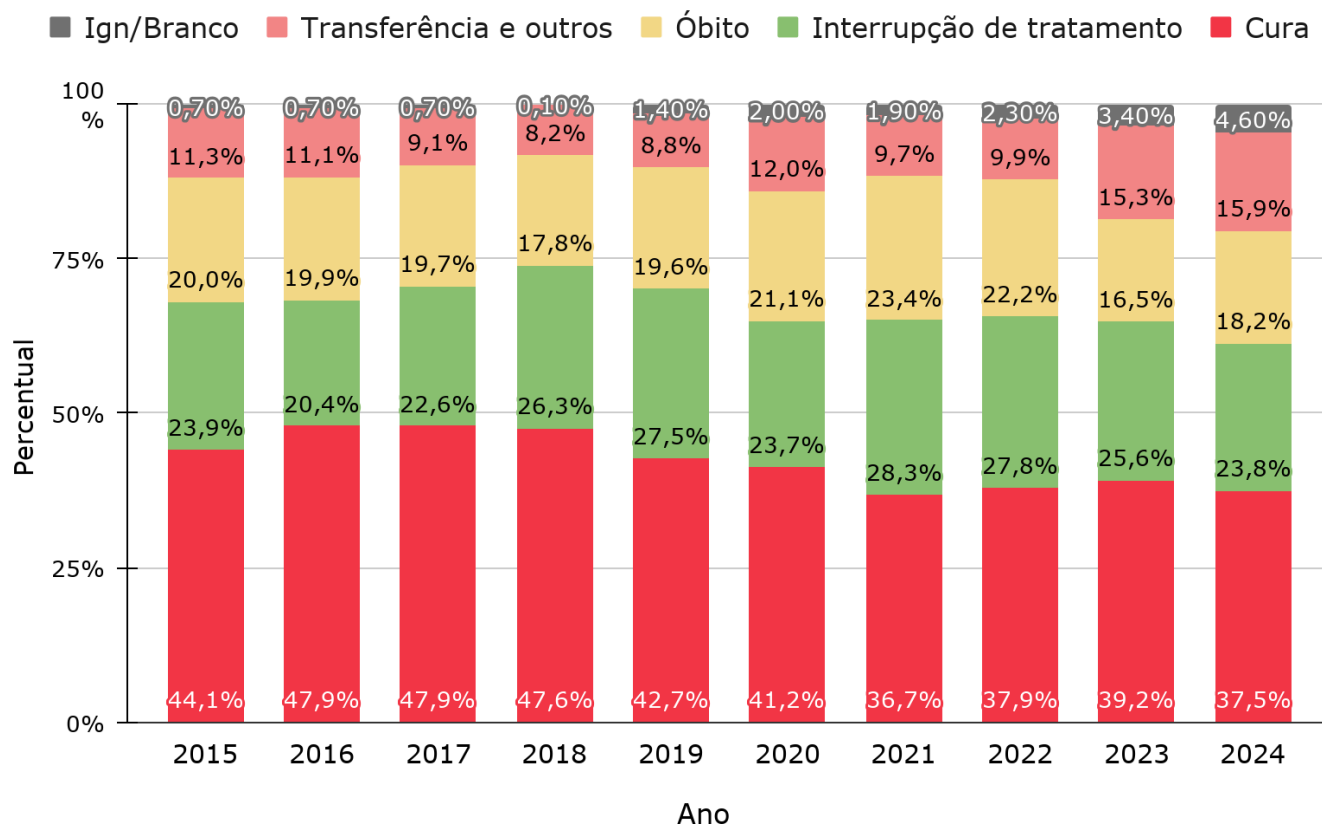
Fonte: SINAN NET/RS.

4.2. Coinfecção TB-HIV

Os pacientes com coinfecção TB/HIV apresentam menores proporções de cura (37,5%) quando comparados à população geral (Figuras 05 e 11). A alta proporção de interrupção de tratamentos e de óbitos evidenciam a complexidade e gravidade da doença nesse estrato da população. Como a presença do HIV por si só já determina um pior prognóstico, recomenda-se testagem de HIV para todos os casos de TB e investigação de TB em todas as consultas de Pessoa Vivendo com HIV/AIDS (PVHA), independente da presença de sintomas sugestivos de TB.

² "Transferências e outros" inclui: "Transferência", "TB-DR", "Mudança de Esquema", óbito por outras causas e "Falência".

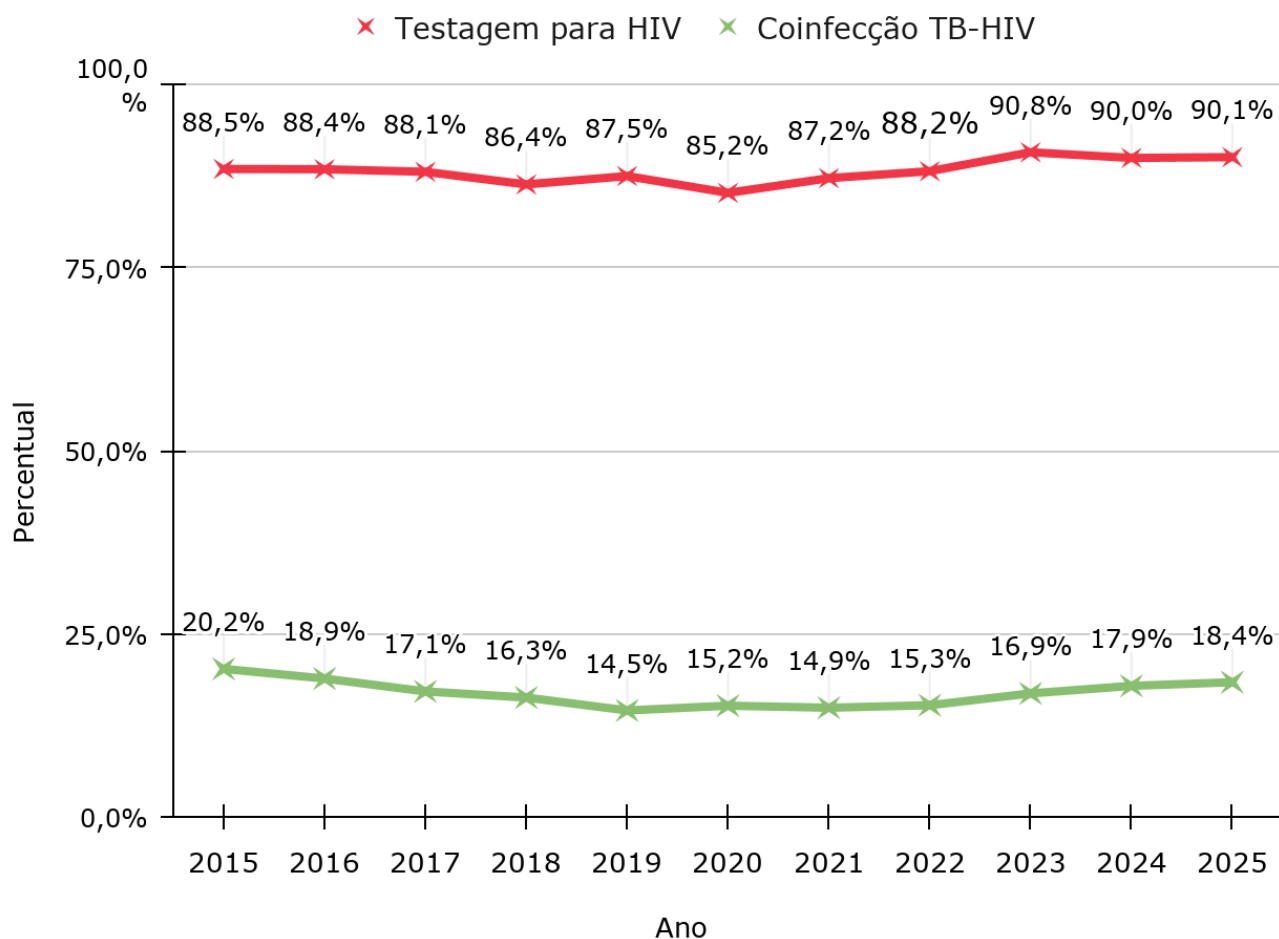
Figura 11 - Proporção de desfecho de tratamento em casos novos de tuberculose com coinfeção TB/HIV. RS, 2015 a 2024.



Fonte: SINAN NET/RS.

De 2015 a 2025, a proporção de casos novos de TB testados para HIV manteve-se acima de 86%, exceção feita ao ano de 2020 em decorrência da pandemia. Nos três últimos anos a testagem para HIV foi realizada em mais de 90% dos casos novos de TB, conforme observado na Figura 12. O padrão de testagem estabelecido pelo MS busca a taxa de 100% de testagem para HIV entre os casos de TB.

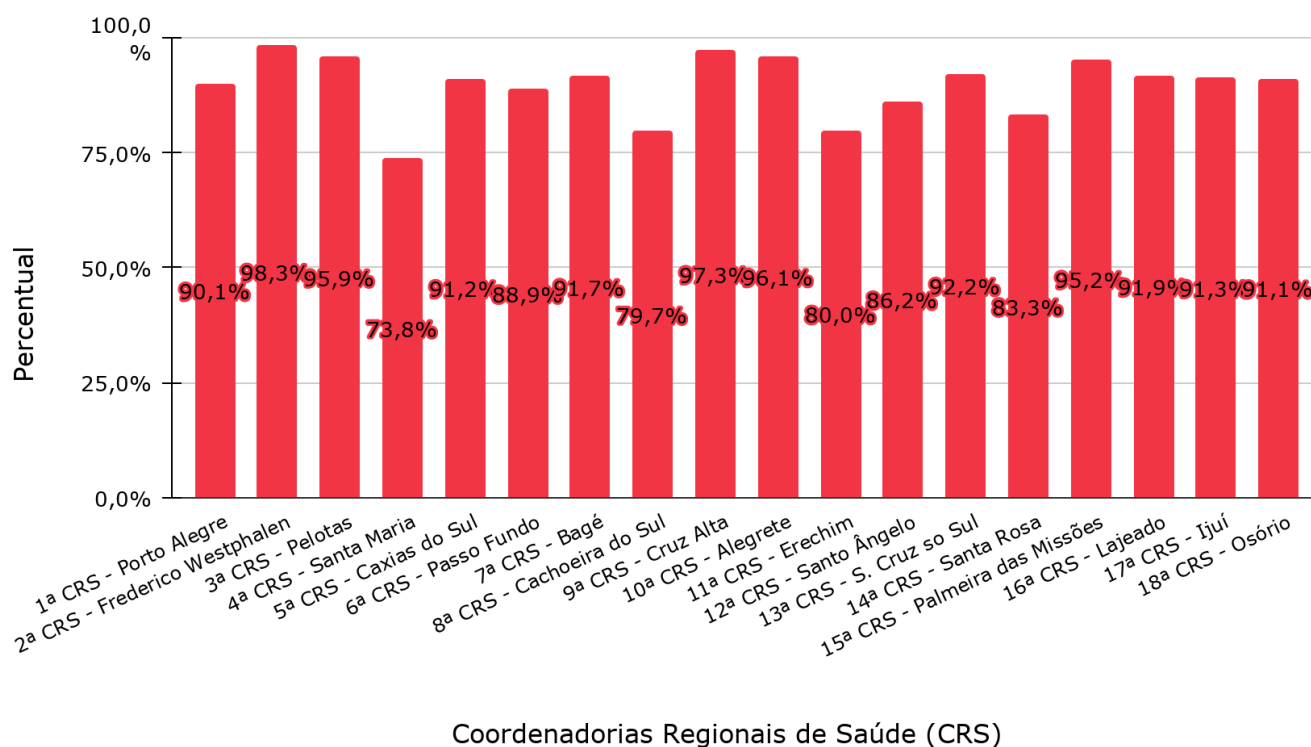
Figura 12 - Proporção de testagem para o HIV e de coinfecção TB/HIV entre os casos novos de tuberculose. RS, 2015 a 2025.



Fonte: SINAN NET/RS.

Contudo, a análise dos dados por região revela uma grande disparidade na realização da testagem para HIV dentro do estado. Enquanto algumas CRS estão próximas de atingir o preconizado (100% de testagem) - como a 2ª CRS (Frederico Westphalen), com 98,3% -, outras não alcançam os 80%, a exemplo da 4ª CRS (Santa Maria), que apresenta apenas 73,8% (Figura 13).

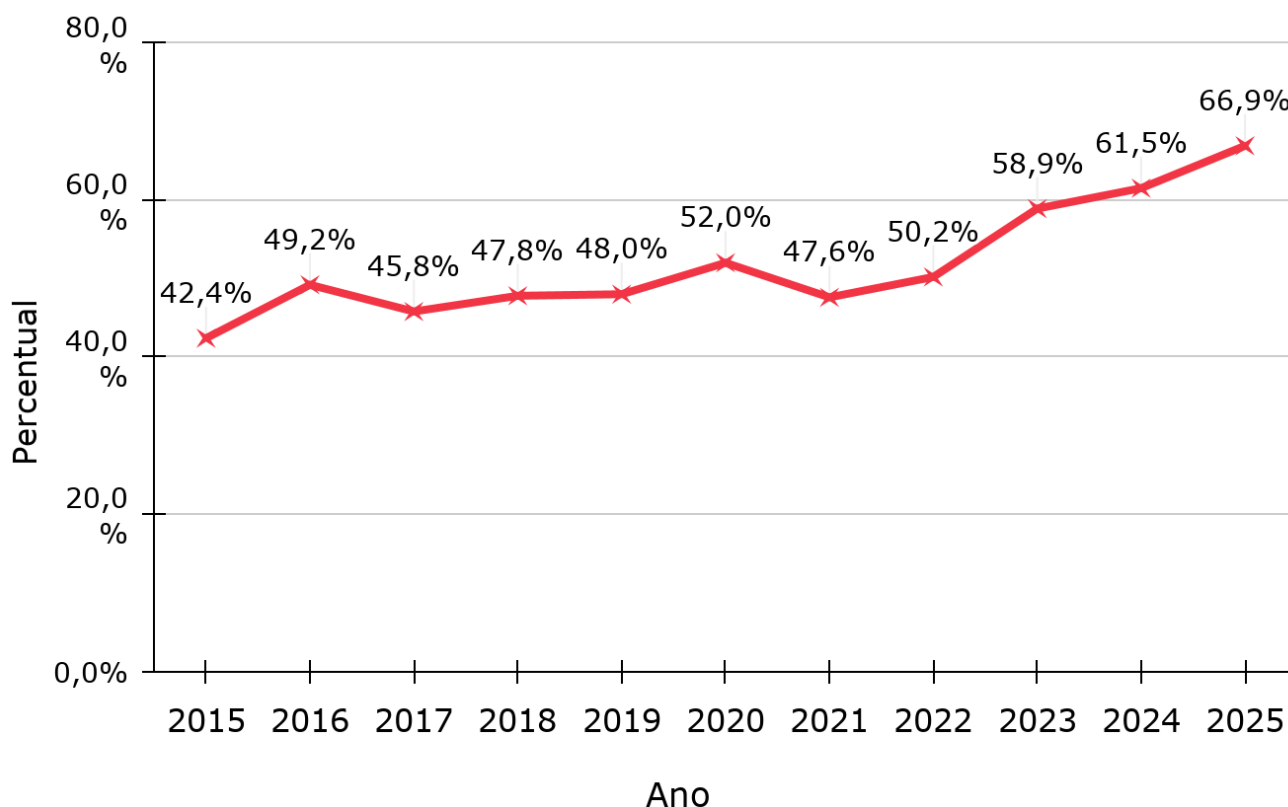
Figura 13 - Proporção de testagem para o HIV entre os casos novos de tuberculose por CRS. RS, 2025.



Fonte: SINAN NET/RS.

Para todos os casos diagnosticados com coinfeção TB/HIV é indicado o uso de terapia antirretroviral (TARV). A partir do ano de 2023 houve um aumento expressivo na oferta de TARV para PVHA em tratamento para tuberculose chegando a 66,9% no ano de 2025 (Figura 14). Embora o RS apresente bons resultados em termos de testagem para HIV dentre os casos novos de tuberculose, ainda há espaço para seguir com o aumento da oferta da TARV nesses pacientes.

Figura 14 - Realização de TARV entre os casos novos de tuberculose com coinfeção TB/HIV. RS, 2015 a 2025.



Fonte: SINAN NET/RS.

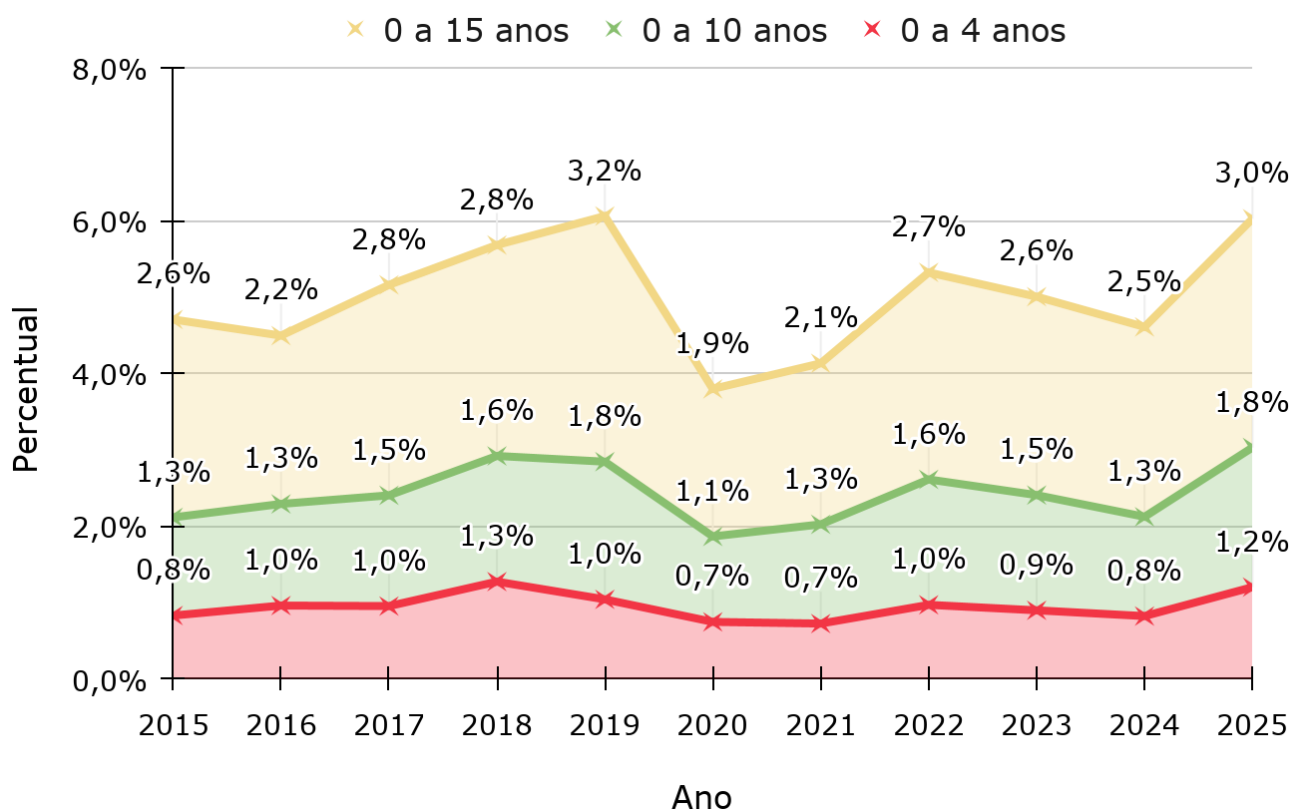
4.3. TB em Crianças:

A TB pediátrica é um desafio significativo, tanto pela complexidade do diagnóstico como pela maior suscetibilidade às formas graves nas crianças menores de cinco anos. A ocorrência da TB em crianças e adolescentes está intimamente relacionada ao contato com adultos doentes. Para esse público, além da identificação e tratamento dos contatos adultos, a vacinação com a vacina BCG (Bacilo de Calmette e Guérin) é essencial para reduzir casos graves e óbitos. Sua aplicação logo após o nascimento é fundamental na prevenção das formas graves e disseminadas da tuberculose em crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2024).

No Rio Grande do Sul, do total de 5.742 casos novos de TB registrados em 2025, 3,0% (n=172) foram diagnosticados em crianças e adolescentes menores de 15 anos, sendo 1,8% (n=105) em crianças menores de 10 anos e 1,2% (n=69) naquelas de 0 a 4 anos.

A Figura 15 mostra as categorias sobrepostas conforme a progressão da idade: a faixa de 0 a 10 anos inclui os valores de 0 a 4 anos, e a de 0 a 15 anos abrange toda essa população.

Figura 15 - Proporção de casos novos de tuberculose em pessoas com até 15 anos de idade, dentre o total de casos novos. RS, 2015 a 2025.



Fonte: SINAN NET/RS.

5. AÇÕES PROGRAMÁTICAS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NOS TERRITÓRIOS:

5.1. Avaliação de contatos:

A avaliação de contatos, junto com a realização dos tratamentos e avaliação de sintomáticos respiratórios, é a estratégia mais importante para o controle da tuberculose nos territórios. Com o objetivo de detectar casos novos entre pessoas que tiveram contato com um caso índice, a avaliação de contatos permite a identificação de casos nos estágios iniciais da doença, proporcionando um início de tratamento em tempo oportuno, quebrando a cadeia de transmissão e evitando a evolução da doença para formas graves relacionadas a diagnósticos tardios. É a partir da avaliação de contatos que espera-se realizar a maior parte dos tratamentos preventivos da tuberculose, prevenindo adoecimentos futuros. A avaliação de contatos é especialmente importante na proteção das crianças que adoecem em decorrência do contato com adultos doentes.

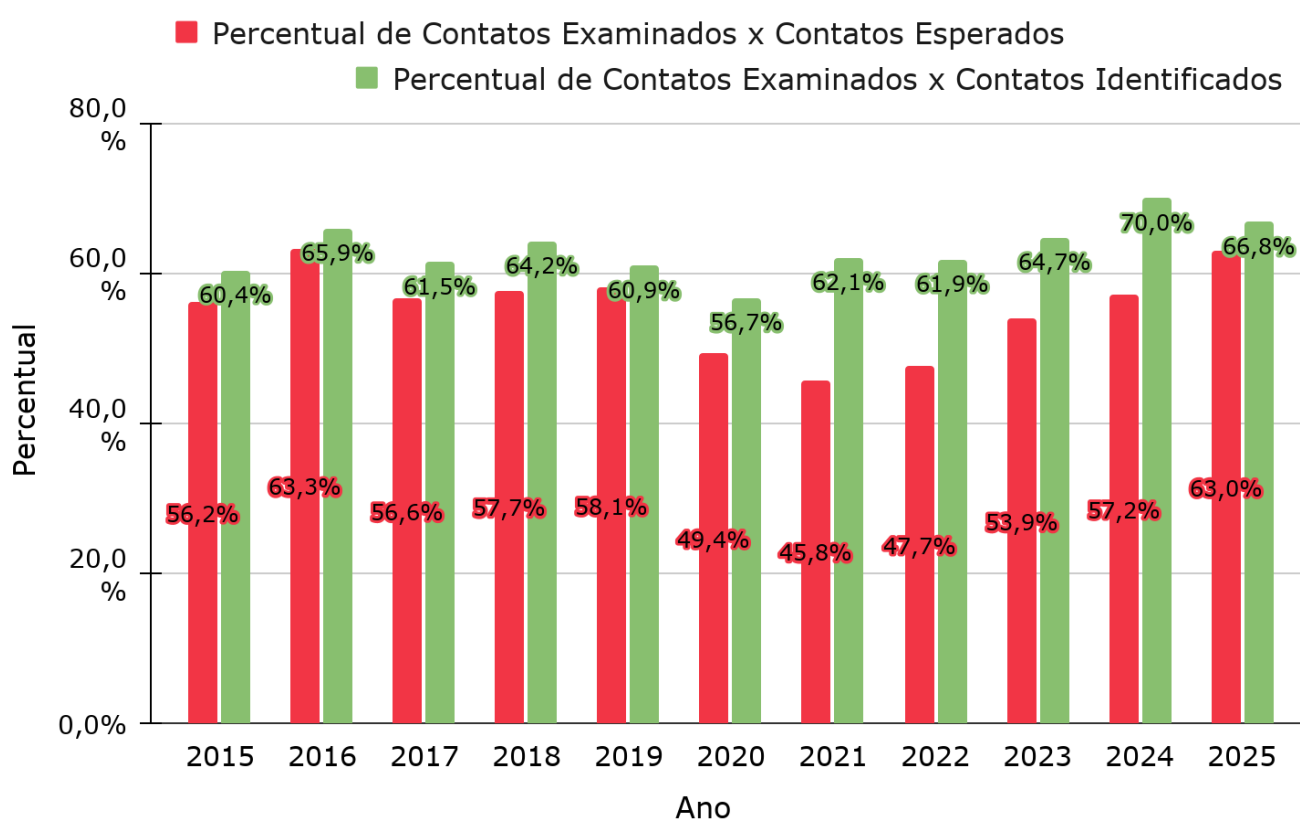
Contatos são pessoas que tiveram convívio com um paciente com tuberculose. Este contato pode ocorrer em diferentes ambientes como casa, trabalho, escolas e instituições de longa permanência. Para fins de vigilância epidemiológica, considera-se que cada caso de tuberculose pulmonar tenha, em média, três contatos.

Conforme apresentado na série histórica dos últimos 11 anos (Figura 16), o percentual de contatos examinados em relação ao total de identificados permaneceu consistentemente abaixo de 70%. O cenário é mais desfavorável quando consideramos a realização da avaliação de contatos examinados entre os contatos esperados (3 por caso de TB pulmonar).

É importante destacar que a avaliação de contatos deve ser realizada sempre que houver o diagnóstico de um caso de tuberculose, seja ele bacilífero ou não. Na situação de casos bacilíferos, a avaliação busca a identificação de

outras pessoas doentes, que se beneficiem do tratamento de tuberculose ativa, ou infectadas, que se beneficiem do tratamento preventivo da tuberculose. No caso de pacientes que não são bacilíferos, a avaliação de contatos visa identificar o caso índice (pessoa com tuberculose bacilífera que transmitiu a doença).

Figura 16 - Percentual de contatos examinados dentre os contatos esperados e dentre os contatos identificados, por ano. RS, 2015 a 2025



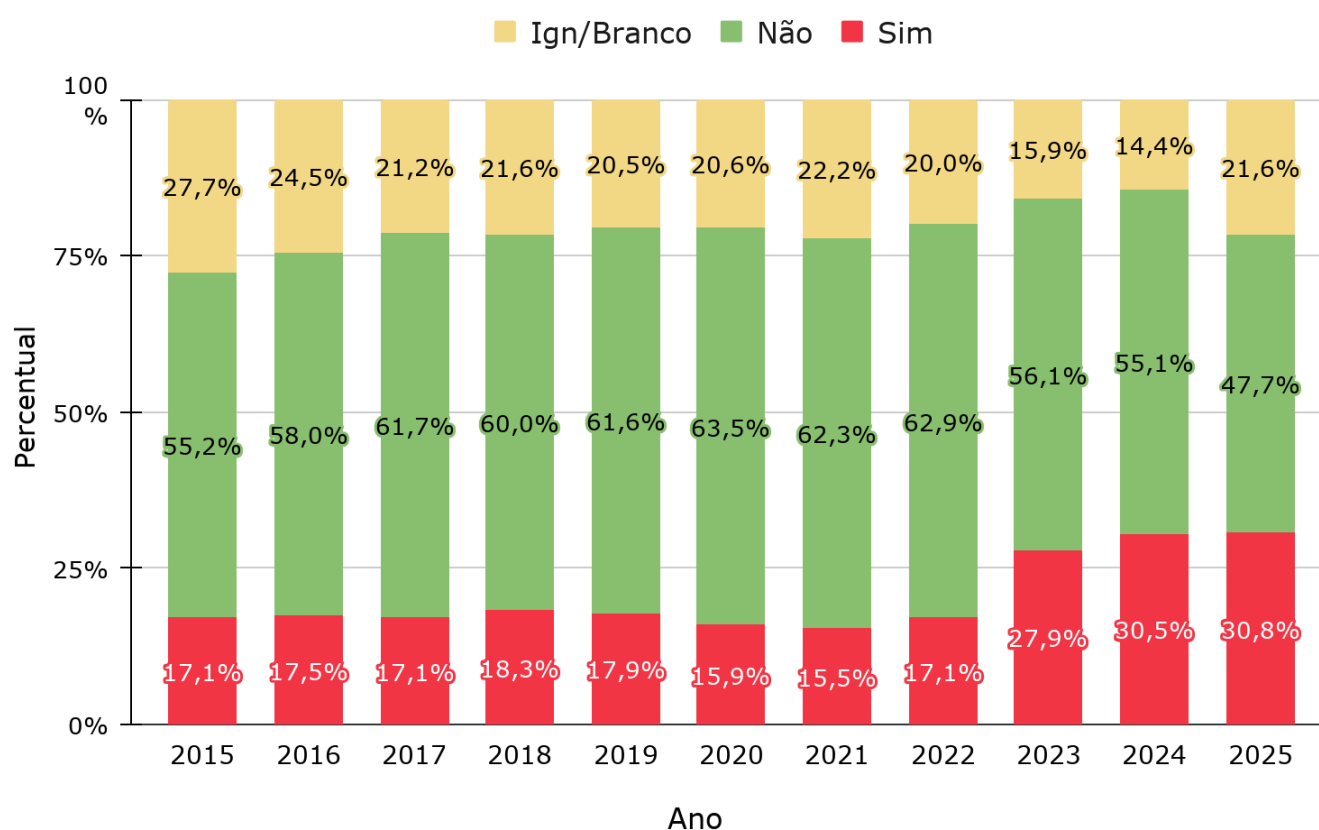
Fonte: SINAN NET/RS e IBGE.

5.2. Realização de Tratamento Diretamente Observado (TDO):

A garantia da finalização dos tratamentos, com consequente aumento da taxa de cura e redução das interrupções de tratamento são fundamentais para o controle da doença. Nesse sentido, o TDO é uma estratégia recomendada

mundialmente pelo seu potencial de melhoria dos desfechos em tuberculose. No entanto, a proporção de realização de TDO continua baixa, não atingindo nem mesmo 50% dos casos novos (Figura 17).

Figura 17 - Proporção de realização de tratamento diretamente observado em casos novos de tuberculose. RS, 2015 a 2025.

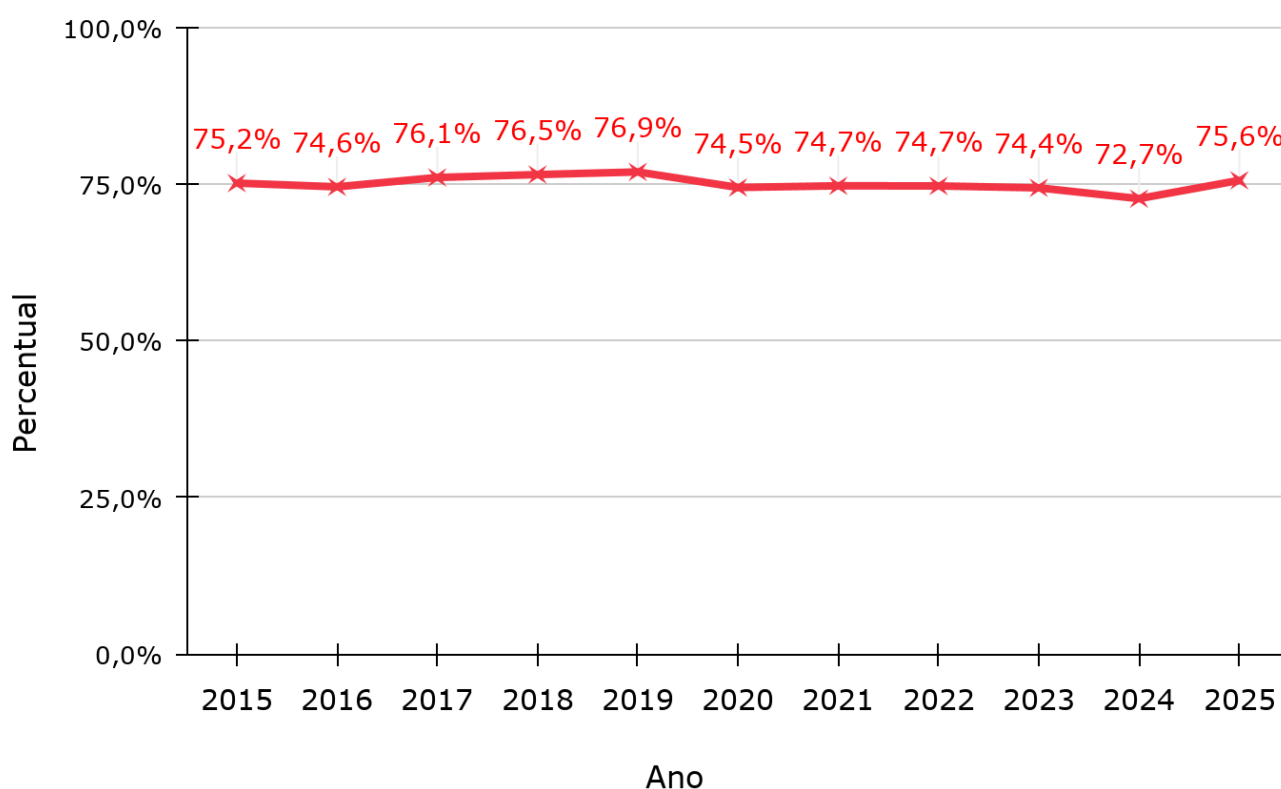


Fonte: SINAN NET/RS.

6. CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL DA TB:

Os casos confirmados por critério laboratorial são definidos pela presença de ao menos um resultado positivo nos exames de baciloscopia (BK) , no Teste Rápido Molecular para TB (TRM-TB) ou na cultura para micobactérias (cultura). No RS os casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial mantiveram-se constantes entre os anos de 2015 e 2025. Mais de 70% dos casos apresentaram pelo menos um resultado positivo nos exames laboratoriais (BK, TRM-TB e/ou cultura). Entre os casos novos pulmonares, 72,7% em 2024 e 75,6% em 2025 foram confirmados por critério laboratorial (Figura 18).

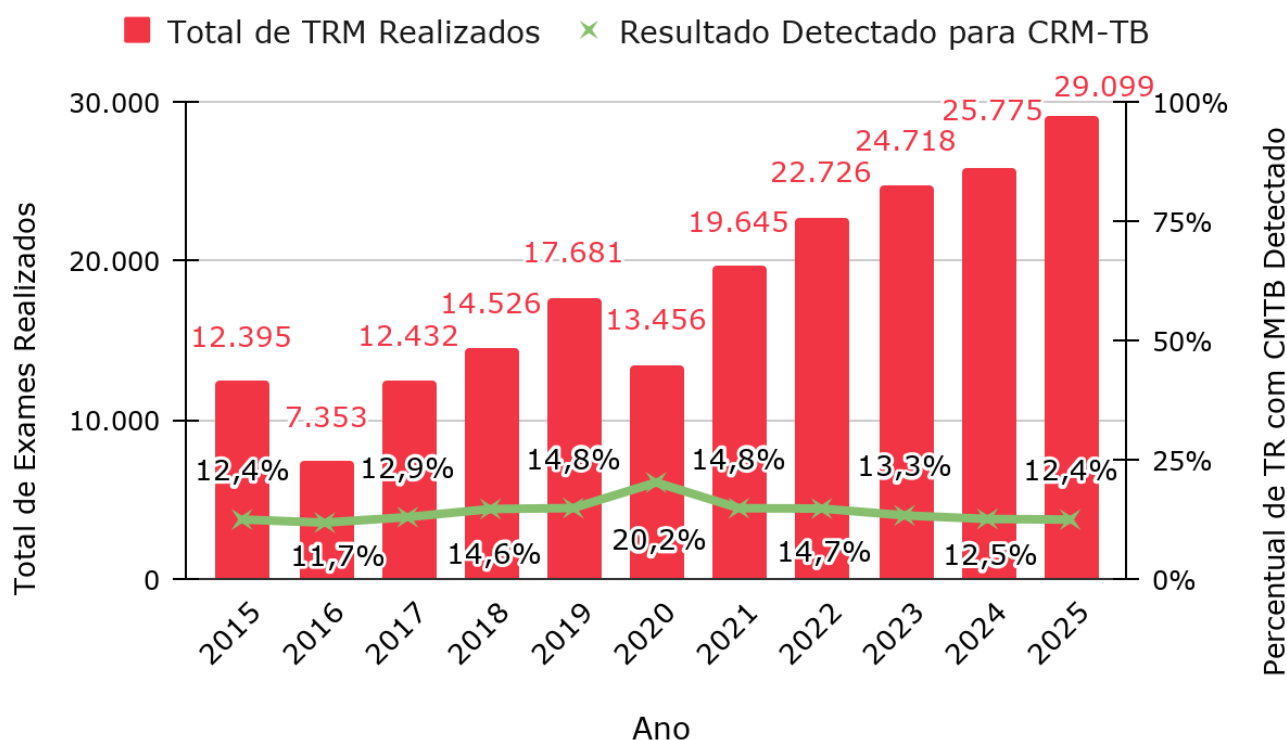
Figura 18 - Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial. RS, 2015 a 2025.



Fonte: SINAN NET/RS.

Um dos exames utilizados para a confirmação laboratorial da tuberculose é o TRM-TB, que foi introduzido no RS no ano de 2014. Atualmente, a rede de TRM-TB possui 26 equipamentos do sistema GeneXpert® distribuídos entre 19 municípios do RS. No ano de 2024 foram realizados cerca de 29 mil TRM-TB no estado, com uma taxa de positividade para tuberculose (detecção do Complexo *Mycobacterium tuberculosis*/CMTB) de 12,4% (Figura 19).

Figura 19 - Total de TRM-TB realizado para diagnóstico de casos novos de tuberculose pulmonar e percentual de positividade para CMTB entre os mesmos. RS, 2015 a 2025.

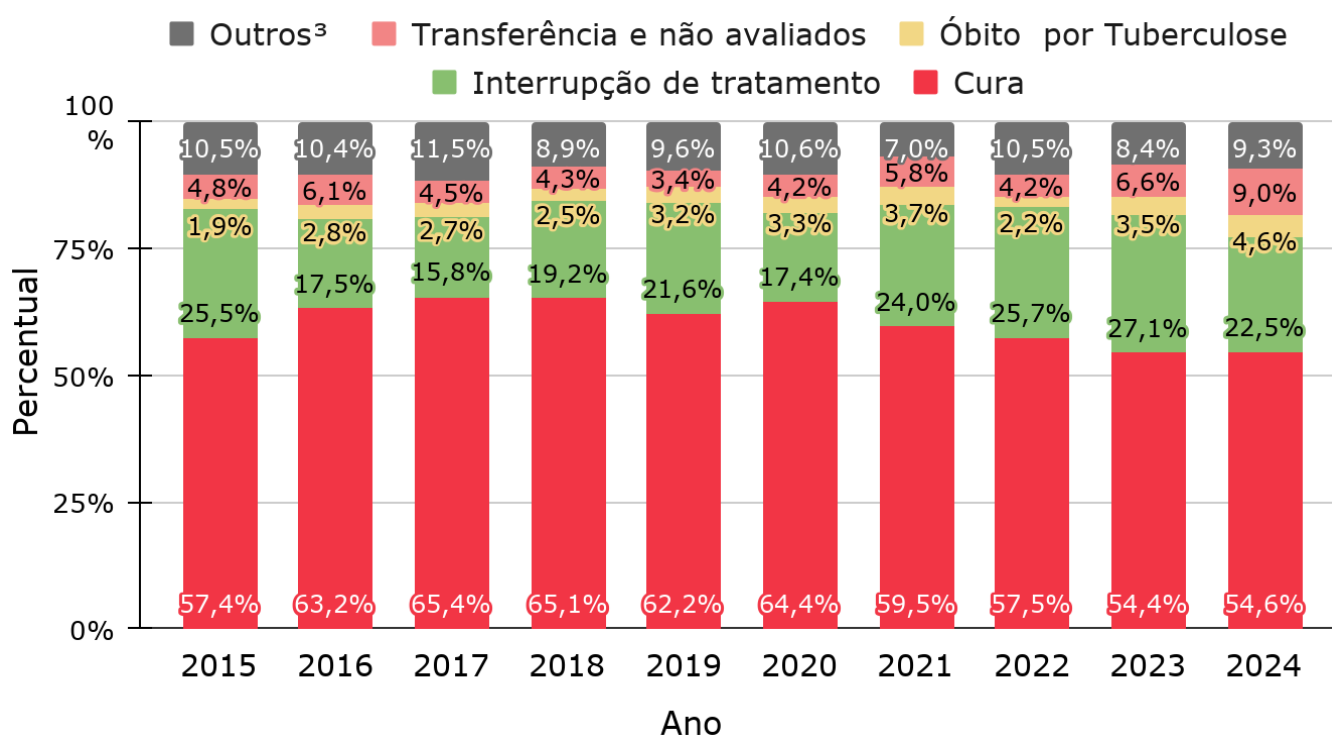


Fonte: Relatório do Laboratório de Micobactérias do LACEN/RS.

Análise dos desfechos de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial reflete em sua grande maioria, a evolução dos casos bacilíferos que

sustentam a cadeia de transmissão da doença na comunidade. Acompanhar o desfecho desse grupo é acompanhar diretamente o esforço de bloquear o contágio na comunidade. Na figura 20 estão apresentados os desfechos nesse grupo de pacientes.

Figura 20 - Proporção de desfecho de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial. RS, 2015 a 2024³



Fonte: SINAN NET/RS.

³ Outros: TB-DR, Mudança de Esquema, óbito por outras causas e Falência.

7. ESQUEMAS ESPECIAIS PARA TB (SITE-TB):

O SITE-TB é um sistema on-line implantado em 2013, de forma complementar ao SINAN. É utilizado para a notificação e acompanhamento dos casos em tratamentos especiais de tuberculose, que são indicados para pacientes que não podem utilizar o esquema básico (incluindo TB-DR) e para pacientes com micobactérias não tuberculosas (MNT).

Todos os casos confirmados de TB devem ser notificados no SINAN por meio da ficha de notificação/investigação. Casos confirmados com indicação de tratamentos especiais de tuberculose devem ser encerrados no SINAN por mudança de esquema, falência ou TB-DR (tuberculose drogarresistente) e, após, notificados e acompanhados através do SITE-TB (BRASIL, 2019).

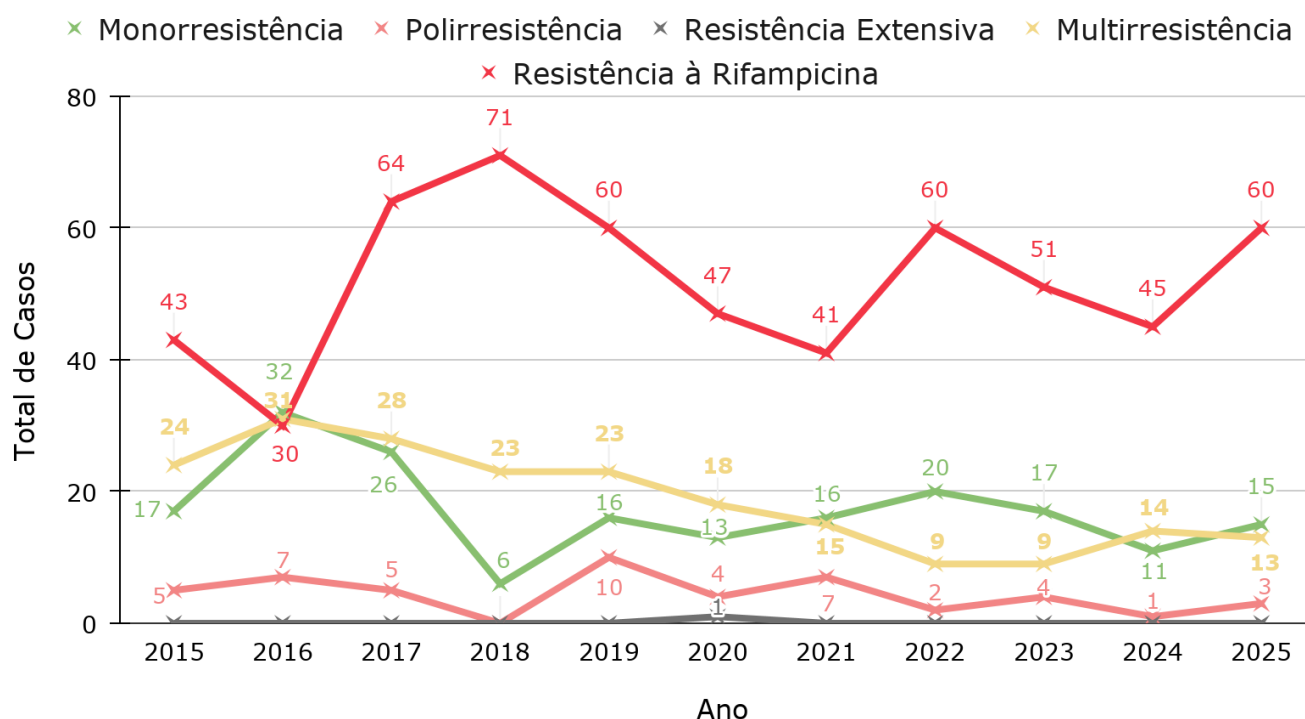
Os casos notificados no SITE-TB são classificados em três grupos:

- *Casos de TB*: necessitam de esquema especial devido a ocorrência de reações adversas aos medicamentos do esquema básico, presença de comorbidades que impeçam o uso dos comprimidos de dose fixa combinada (RHZE e/ou RH) ou interações medicamentosas com os medicamentos do esquema básico.
- *Casos de TB-DR*: necessitam de esquema especial pela presença de bacilos com resistência a algum medicamento antituberculose. As resistências são classificadas em monorresistência, polirresistência, resistência a rifampicina, multirresistência e resistência extensiva.
- *Casos de MNT*: casos de micobacterioses causadas por MNT, que são um grupo de micobactérias que não causam tuberculose ou hanseníase, mas que possuem espécies patogênicas causadoras de micobacterioses .

Os esquemas especiais possuem, em sua maioria, uma menor eficácia e maior toxicidade, sendo geralmente tratamentos mais prolongados e com menores taxas de cura. De 2015 a 2025 foram notificados 4.896 casos de residentes no RS no SITE-TB. Dentre esses houveram 381 novos casos de MNT, 2.834 casos de TB e 1.018 casos novos de TB-DR.

Os casos de TB-DR requerem esquemas mais complexos e apresentam maior ocorrência de reações adversas, maior tempo de tratamento e menores índices de cura quando comparados aos tratamentos de TB sensível com esquema básico. Na Figura 21 está demonstrada a distribuição do número de casos por tipo de resistência inicial notificados no SITE-TB entre os anos de 2015 a 2025.

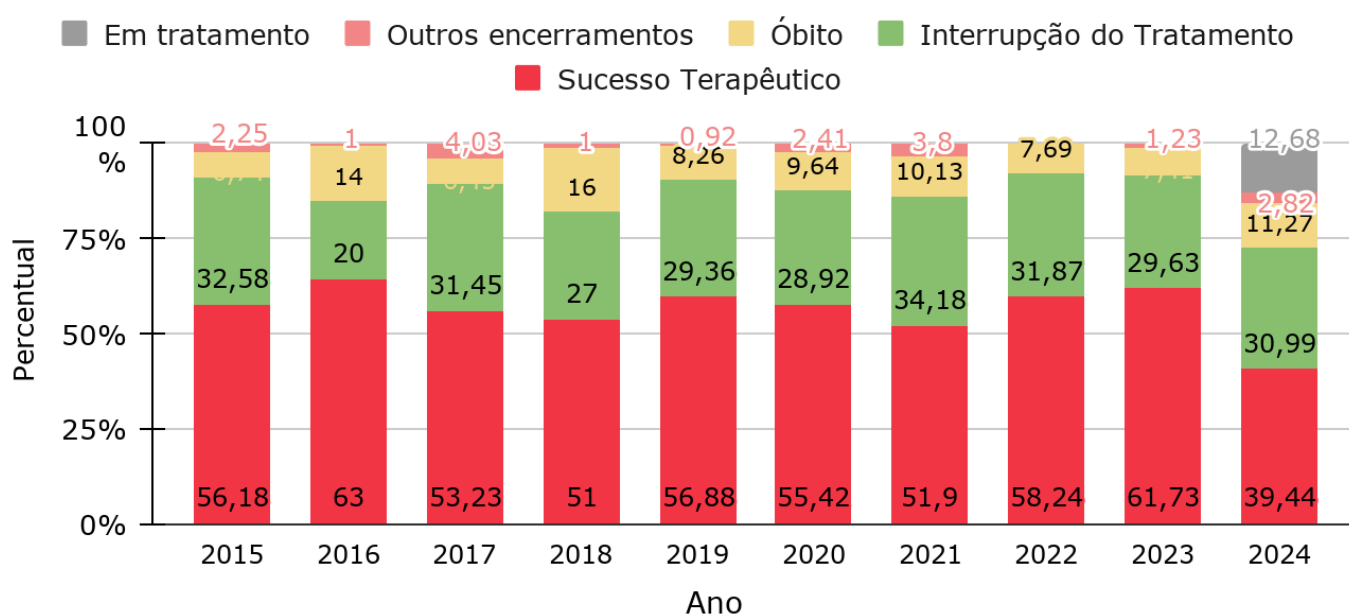
Figura 21 - Número de casos novos de TB-DR notificados no SITE-TB. RS, por padrão de resistência inicial. RS, 2015 a 2025.



Fonte: SITE-TB/RS.

A Figura 22 revela a situação de encerramento dos casos novos de TB-DR notificados no SITE-TB, evidenciando a dificuldade de se concluir com êxito os tratamentos mais complexos, geralmente associados a pacientes com histórico de múltiplos abandonos no tratamento com esquema básico.

Figura 22 - Situação de encerramento dos casos novos de TB-DR notificados no SITE-TB. RS, 2015 a 2024⁴.



Fonte: SITE-TB/RS.

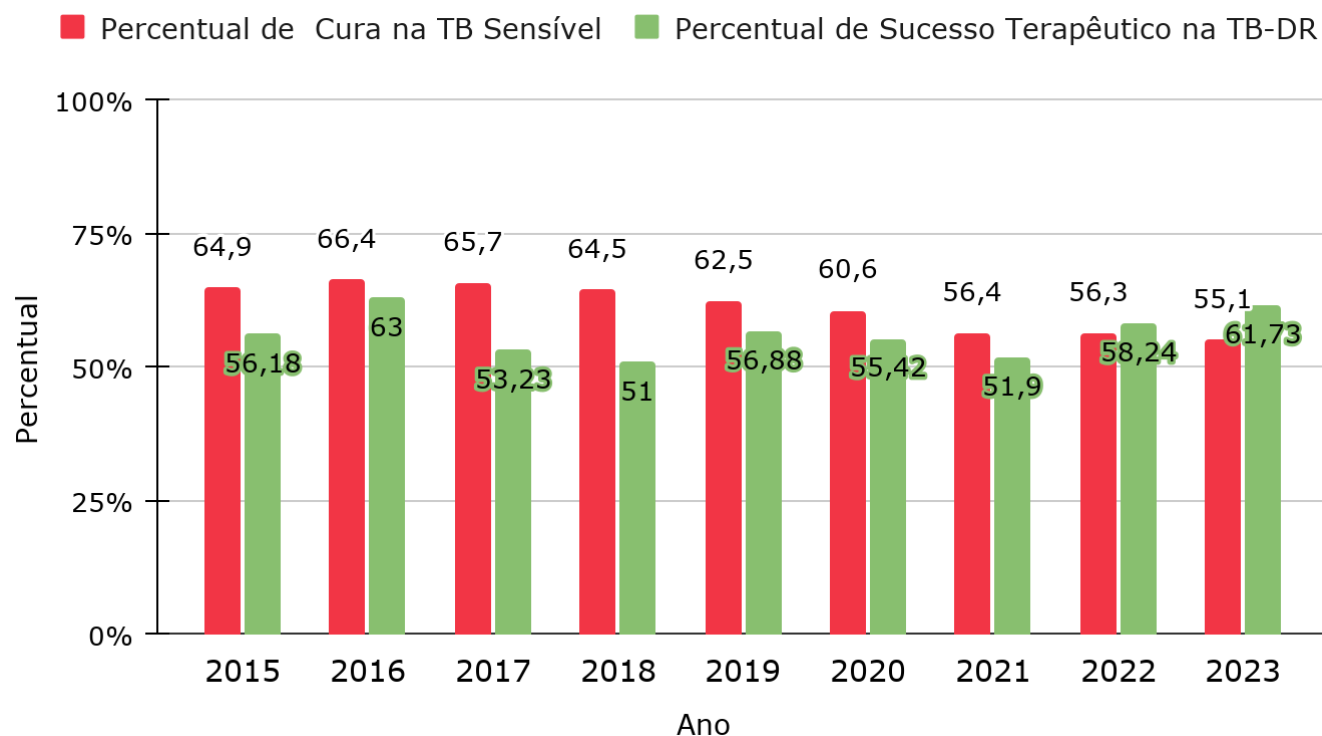
As taxas de cura da TB sensível apresentaram um declínio nos últimos anos, despencando de 64,9% em 2015 para 51,5% em 2024. Esse declínio acentuado fez com que, paradoxalmente, nos últimos dois anos passíveis de serem avaliados na sua totalidade (2022 e 2023), os casos de TB resistente apresentassem desfechos favoráveis superiores aos da tuberculose sensível

⁴ Os desfechos de 2024 ainda não podem ser avaliados na sua totalidade, devido ao alto percentual de casos ainda em tratamento.

(Figura 23). Essa melhora progressiva nos desfechos da TB-DR também coincide com a evolução e a otimização dos protocolos de tratamento para as formas resistentes no país. Entre 2015 e 2021, a taxa de sucesso terapêutico da TB-DR oscilou entre 56,2% (2015), 51,0% (2018) e 51,9% (2021). A partir de 2022, observa-se um aumento, com a taxa subindo para 58,2% em 2022 e atingindo 61,7% em 2023. Esse avanço pode ter sido impulsionado pela incorporação de esquemas terapêuticos inteiramente orais, possíveis a partir da disponibilização do fármaco Bedaquilina no SUS. Por simplificar a administração, melhorar a adesão e reduzir os efeitos colaterais em comparação aos esquemas contendo injetáveis utilizados anteriormente, essas novas abordagens têm sido fundamentais para mitigar a interrupção de tratamento e consolidar a melhora nos desfechos de sucesso terapêutico da TB-DR.

É importante destacar que, em dezembro de 2024, foi incluído no protocolo de tratamento de TB-MDR o fármaco Pretomanida, possibilitando a instituição dos esquemas terapêuticos totalmente orais e encurtados. Com duração de 6 meses e composto pelos fármacos Bedaquilina, Pretomanida e Linezolida - o chamado esquema BPaL foi incorporado no Brasil nessa ocasião. Por ainda conter casos iniciados em andamento, as informações de desfecho desse novo esquema serão apresentadas no próximo informe epidemiológico, a ser publicado em 2027.

Figura 23 - Situação de encerramento dos casos novos de TB Sensível e de TB-DR notificados no SITE-TB. RS, 2015 a 2023⁵.



Fonte: SITE-TB/RS.

⁵ Os desfechos de 2024 foram excluídos, pois ainda não podem ser avaliados na sua totalidade, especialmente nos casos de TB-DR, o que dificultaria a comparação.

8. TRATAMENTO PREVENTIVO DA TB :

O IL-TB é um sistema web para a vigilância dos tratamentos preventivos da tuberculose (TPT), indicados para pessoas com infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB).

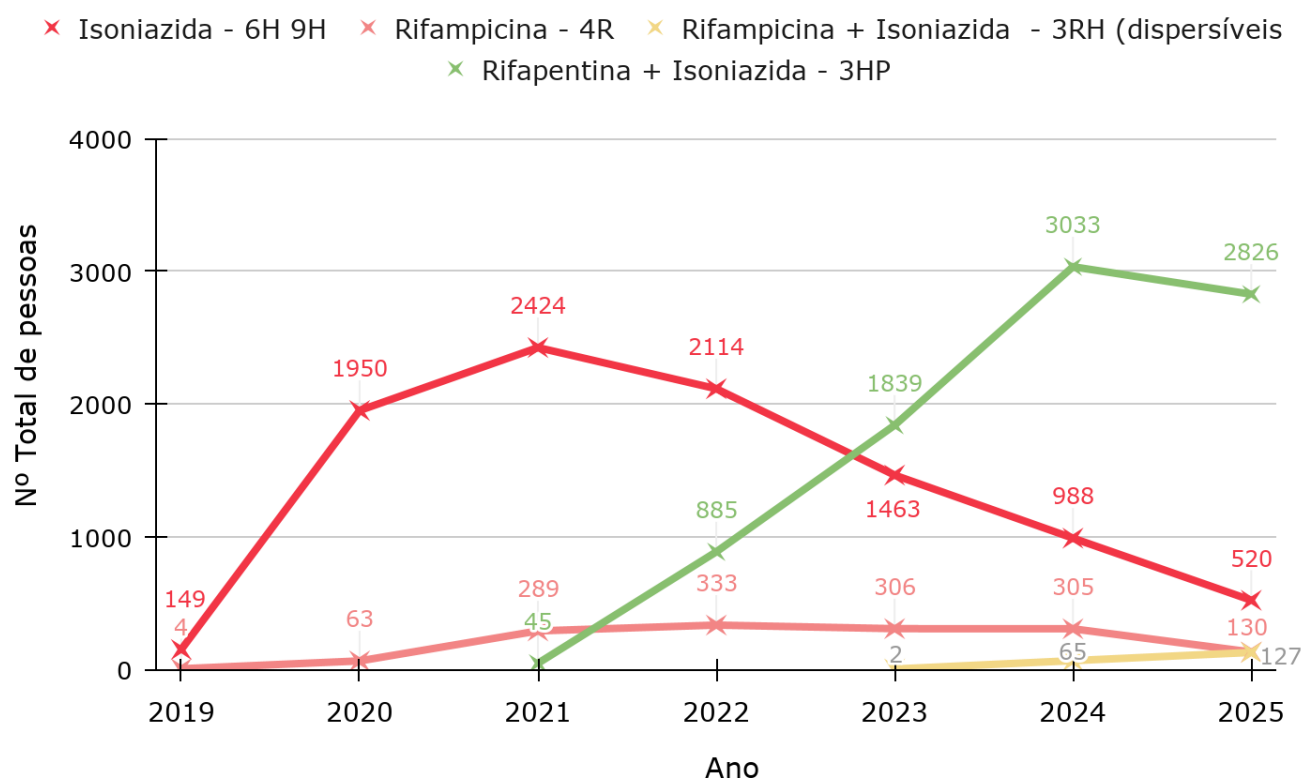
A ILTB ocorre quando uma pessoa se encontra infectada pelo *M. tuberculosis* sem manifestação da doença ativa. As pessoas infectadas podem permanecer saudáveis por muitos anos, sem transmitir a doença, mas em algum momento podem adoecer sob condições nas quais a resposta imune encontra-se comprometida. O caso de ILTB é identificado por meio de prova tuberculínica (PT) ou por ensaio de liberação do interferon-gama (IGRA), desde que adequadamente descartada a TB ativa (por meio de anamnese, exame físico, vínculos epidemiológicos, exames bacteriológicos, achados radiológicos e/ou outros exames complementares) (BRASIL 2022). Nas PVHIV, a indicação da TPT é prioritária e deve ser realizada se houver: PT ≥ 5 mm; IGRA positivo; registro de contato com caso de TB pulmonar ou laríngea ativa (independentemente da realização de PT ou IGRA); ou contagem de células CD4+ menor ou igual a células/mm³. Para todas estas pessoas, está indicado o TPT (BRASIL, 2022). Na figura 23 podemos visualizar o número de pessoas que iniciaram o TPT de acordo com a indicação inicial de tratamento no ano de 2025 no RS.

Considerando que o TPT reduz o risco de adoecimento por TB ativa, sua realização é considerada uma das principais estratégias para eliminação da TB como problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

Ao longo dos anos de 2019 a 2025, 19.860 pessoas iniciaram tratamento de ILTB no RS, segundo dados do IL-TB. Quanto aos esquemas de tratamento

utilizados, a partir de 2023 observa-se a consolidação do esquema encurtado de rifapentina e isoniazida (esquema "3HP") como esquema preferencial para o TPT (Figura 24). O esquema 3HP foi incorporado no final de 2021 e a partir de então a utilização de isoniazida isolada tem sido substituída conforme recomendações do MS. O tratamento com Isoniazida era o mais utilizado para o TPT uma vez que outros medicamentos ainda não estavam disponíveis.

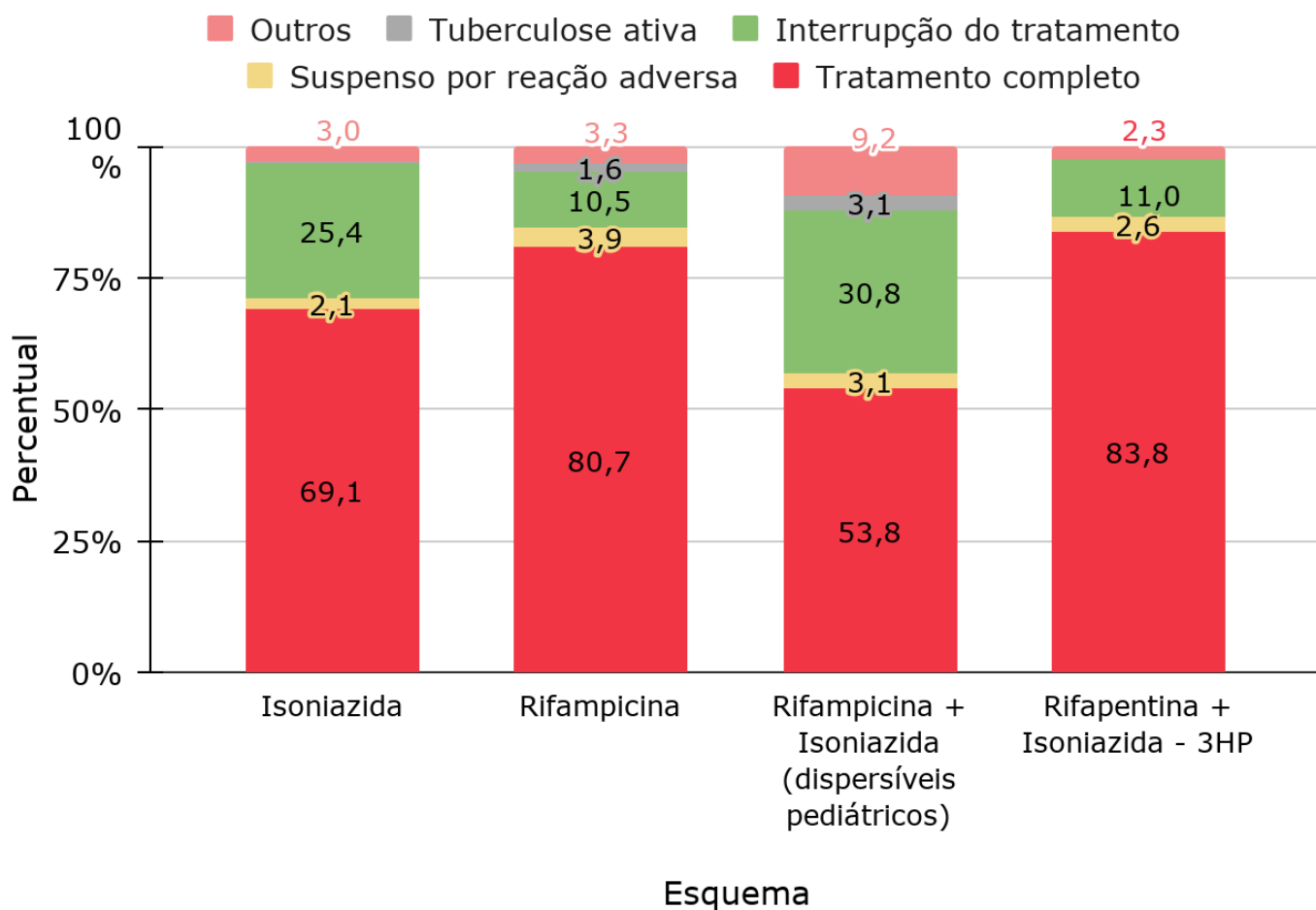
Figura 24 - Número de pessoas que iniciaram o TPT conforme esquema de tratamento. RS, 2019 a 2025.



Quanto ao encerramento, a proporção de casos com tratamento completo em uso do esquema 3HP foi maior (83,8%) entre todos os tratamentos ofertados, seguido pelo esquema com rifampicina (80,7%),

evidenciando uma melhor disposição para finalização dos tratamentos mais curtos quando comparados aos esquemas com isoniazida (69,1%) (Figura 25).

Figura 25 - Situação de encerramento de tratamento preventivo de tuberculose conforme esquema terapêutico⁶. RS, 2024.



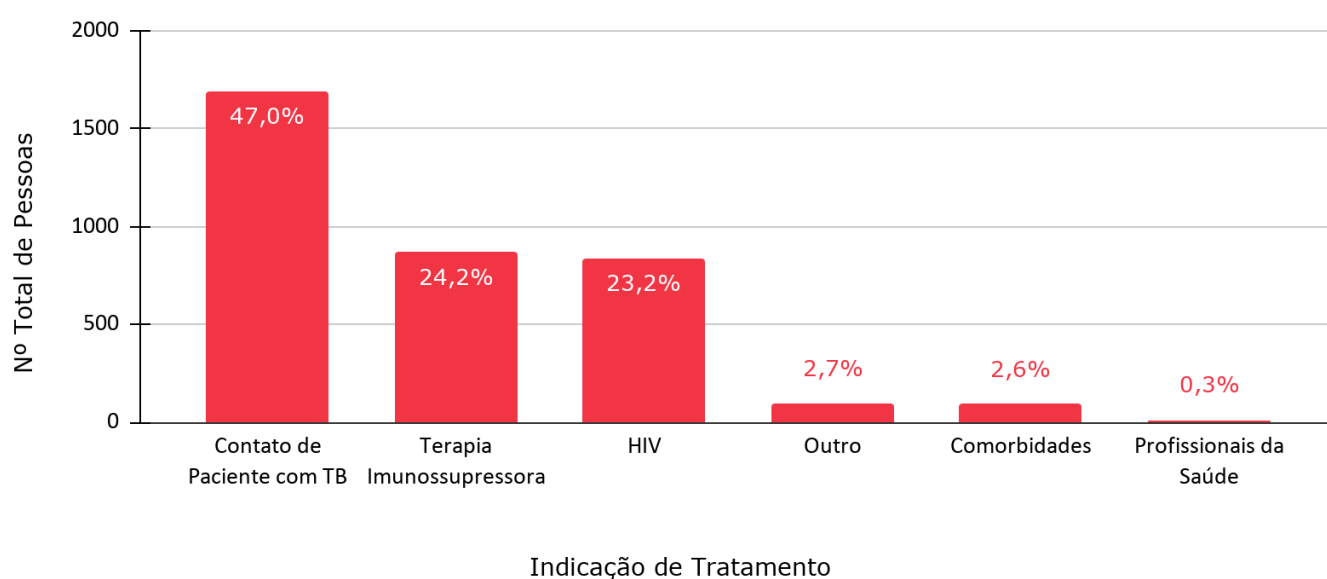
Fonte: ILTB/RS.

Devido ao maior risco de adoecimento por TB, merecem especial atenção durante o rastreamento para a identificação da ILTB: pessoas vivendo com HIV e outras condições imunossupressoras, crianças menores de dez anos,

⁶ Outros: Óbito + Suspenso por condição clínica desfavorável ao tratamento + Suspenso por PT <5mm em quimioprofilaxia primária + Transferido para outro país

profissionais de saúde e contatos de pacientes com TB ativa (BRASIL 2022). Observa-se na figura 26 que, no ano de 2025, a principal indicação de TPT foi para os contatos de pacientes com TB (46,7%). Esse número poderia ser ainda maior se o estado aumentasse a efetividade da identificação e avaliação de contatos.

Figura 26 - Número de pessoas que iniciaram o TPT conforme indicação inicial de tratamento. RS, 2025.



Fonte: IL-TB/RS.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Desde o ano de 2022 estamos nos aproximando do número de notificações de 2019, cenário pré-pandêmico. Os baixos índices de cura no estado têm contribuído para a disseminação e persistência do bacilo da na comunidade, sustentando o surgimento contínuo de novos casos de tuberculose. Embora a doença se concentre em algumas regiões, observa-se seu avanço por todo o território gaúcho.

A avaliação dos baixos percentuais de cura no estado deve considerar as características da rede de atenção à saúde e a integração das ações de combate à tuberculose na configuração da descentralização. A alta rotatividade de profissionais, a dificuldade de integração dos serviços envolvidos no cuidado, a falta de consolidação da linha de cuidado da tuberculose em nível local e a necessidade de capacitações constantes para os profissionais da saúde afetam os indicadores. Esses fatores impedem a consolidação das ações programáticas, como busca pelos sintomáticos respiratórios, avaliação de contatos e oferta do TDO.

Por ser uma doença socialmente determinada, a tuberculose acomete majoritariamente pessoas de baixa renda e em condições precárias de moradia. Além disso, atualmente, foram reconhecidos os custos catastróficos relacionados à carga da doença. A estimativa é de que uma família de um doente com tuberculose tenha 20% dos rendimentos anuais afetados pela doença, seja por perda de renda devido à incapacidade de trabalhar durante o tratamento, os gastos com transporte para acesso aos serviços de saúde, despesas com medicamentos e tratamentos, e custos indiretos relacionados ao cuidado e suporte aos pacientes (Guidoni *et al*, 2021).

A enchente no Rio Grande do Sul, ocorrida em 2024, atingiu a população mais pobre de forma mais intensa e aprofundou as desigualdades socioeconômicas existentes. Os desfechos dos tratamentos dos casos novos em 2024 consolidaram a trajetória descendente observada ao longo do último

decênio: a proporção de casos novos caiu de 64,9% em 2015 para 51,5% em 2024.

Devido a essas características de vulnerabilidade que contribuem para o adoecimento por tuberculose, a articulação das ações, tanto intersetoriais quanto intrasetoriais (na área da saúde) mostram-se fundamentais para atingir bons resultados na recuperação da saúde das pessoas. Os gestores municipais de saúde devem ser estimulados a identificar os setores e instituições que podem contribuir no cuidado integral, estabelecendo fluxos locais e criando espaços para discussão de casos, com vistas a atender às necessidades de saúde e de vida. Por outro lado, os profissionais da saúde devem conhecer esses fluxos municipais, os critérios de encaminhamentos e exercer protagonismo na identificação e encaminhamento dos pacientes para o desenvolvimento das ações intersetoriais.

Outrossim, reforça-se que na contratualização dos serviços de saúde, devem ser observados critérios técnicos de assistência e vigilância epidemiológica relacionados às ações programáticas, bem como a definição de indicadores operacionais necessários para a avaliação da oferta dos serviços e a responsabilidade dos prestadores em relação ao cumprimento das metas nacionais e estaduais, internacionalmente aceitas para o controle da tuberculose. Apenas com o comprometimento de todos os atores envolvidos nas ações de saúde, sejam prestadores ou servidores, será possível atingir as metas para o fim da tuberculose como problema de saúde pública.

10. Referências Bibliográficas

BRASIL. (2019). *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. (2021). *Brasil Livre da Tuberculose - Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. (2022). Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil. 2. ed. Brasília, DF:Ministério da Saúde, 2022.

Brasil. (2024a). Caderno de Indicadores da Tuberculose: tuberculose sensível, tuberculose drogaresistente e tratamento preventivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

Brasil. (2024). *Boletim Epidemiológico - Tuberculose em crianças e adolescentes em 2024*. 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., Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024

BRASIL. (2026). *Boletim Epidemiológico - Tuberculose 2026*. 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., Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026

GUIDONI, L. M. et al. Custos catastróficos em pacientes com tuberculose no Brasil: estudo em cinco capitais. *Escola Anna Nery*, v. 25, n. 5, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/yxytHfcDfdwZqLdMKwYjPXh/?lang=pt>.

Anexo I - Tabelas

Tabela 01. Indicadores epidemiológicos de casos novos (CN) de Tuberculose por sexo e forma pulmonar, segundo Coordenadoria Regional de Saúde. RS, 2025.

CRS	Total de Casos Novos	Incidência	% de CN de TB no Sexo Feminino	% de CN de TB no Sexo Masculino	Total de Casos Novos de TB Pulmonar
1ª - Porto Alegre	3078	69,4	33,6	66,4	2566
2ª - Frederico Westphalen	58	29,8	22,4	77,6	49
3ª - Pelotas	411	48,4	31,6	68,4	346
4ª - Santa Maria	260	47,3	32,7	67,3	195
5ª - Caxias do Sul	444	36,4	26,1	73,9	359
6ª - Passo Fundo	234	34,4	35,0	65,0	196
7ª - Bagé	72	38,2	29,2	70,8	60
8ª - Cachoeira do Sul	64	33,1	17,2	82,8	56
9ª - Cruz Alta	37	25,0	40,5	59,5	31
10ª - Alegrete	204	44,4	25,0	75,0	169
11ª - Erechim	40	16,7	22,5	77,5	37
12ª - Santo Ângelo	130	45,5	31,5	68,5	121
13ª - Santa Cruz do Sul	205	58,3	31,7	68,3	176
14ª - Santa Rosa	36	15,2	33,3	66,7	28
15ª - Palmeira das Missões	62	37,9	14,5	85,5	57
16ª - Lajeado	124	33,7	29,8	70,2	110
17ª - Ijuí	46	19,6	30,4	69,6	39
18ª - Osório	237	54,5	34,6	65,4	217
Total	5742	51,1	31,8	68,2	4812

Tabela 02. Testagem de HIV e Coinfecção por CRS. RS, 2025.

CRS	Positivo	Negativo	Em andamento	Não realizado	Realizados	% de Testagem	Total	% de Coinfecção
1ª - Porto Alegre	655	2119	45	259	2774	90,1	3078	21,3
2ª - Frederico Westphalen	4	53	0	1	57	98,3	58	6,9
3ª - Pelotas	82	312	4	13	394	95,9	411	20,0
4ª - Santa Maria	57	135	3	65	192	73,8	260	21,9
5ª - Caxias do Sul	59	346	7	32	405	91,2	444	13,3
6ª - Passo Fundo	29	179	3	23	208	88,9	234	12,4
7ª - Bagé	12	54	0	6	66	91,7	72	16,7
8ª - Cachoeira do Sul	2	49	0	13	51	79,7	64	3,1
9ª - Cruz Alta	9	27	0	1	36	97,3	37	24,3
10ª - Alegrete	24	172	0	8	196	96,1	204	11,8
11ª - Erechim	3	29	0	8	32	80,0	40	7,5
12ª - Santo Ângelo	24	88	1	17	112	86,2	130	18,5
13ª - Santa Cruz do Sul	34	155	5	11	189	92,2	205	16,6
14ª - Santa Rosa	7	23	0	6	30	83,3	36	19,4
15ª - Palmeira das Missões	3	56	1	2	59	95,2	62	4,8
16ª - Lajeado	25	89	0	10	114	91,9	124	20,2
17ª - Ijuí	6	36	1	3	42	91,3	46	13,0
18ª - Osório	21	195	2	19	216	91,1	237	8,9
Total	1056	4117	72	497	5173	90,1	5742	18,4

Tabela 03. Realização de TARV nos Casos Novos de TB em PVHIV por CRS. RS, 2025.

CRS	Ignorado/ Branco	Sim	Não	Total	% de Realização de TARV
1ª - Porto Alegre	53	445	157	655	67,9
2ª - Frederico Westphalen	0	3	1	4	75,0
3ª - Pelotas	13	51	18	82	62,2
4ª - Santa Maria	2	47	8	57	82,5
5ª - Caxias do Sul	5	42	12	59	71,2
6ª - Passo Fundo	4	23	2	29	79,3
7ª - Bagé	4	8	0	12	66,7
8ª - Cachoeira do Sul	1	0	1	2	0,0
9ª - Cruz Alta	1	7	1	9	77,8
10ª - Alegrete	3	18	3	24	75,0
11ª - Erechim	0	2	1	3	66,7
12ª - Santo Ângelo	1	13	10	24	54,2
13ª - Santa Cruz do Sul	24	8	2	34	23,5
14ª - Santa Rosa	0	7	0	7	100,0
15ª - Palmeira das Missões	0	3	0	3	100,0
16ª - Lajeado	2	15	8	25	60,0
17ª - Ijuí	0	5	1	6	83,3
18ª - Osório	4	9	8	21	42,9
Total	117	706	233	1056	66,9

Tabela 04. Realização de TRM-TB de acordo com as Notificações do SINAN por CRS. RS, 2025.

CRS	Ign/B ranco	CMTB Detect ado/ Sensív el à RMP	CMTB Detect ado/ Resist ente à RMP	Não detect ável	Inconc lusivo	Não realiza do	Realiz ado	Total	% de Realiza ção de TRM
1ª - Porto Alegre	65	1273	28	134	59	1007	1360	2566	53,0
2ª - Frederico Westphalen	2	26	0	3	2	16	28	49	57,1
3ª - Pelotas	9	238	4	18	5	72	247	346	71,4
4ª - Santa Maria	2	159	2	5	3	24	164	195	84,1
5ª - Caxias do Sul	7	15	2	6	5	324	22	359	6,1
6ª - Passo Fundo	6	43	3	8	2	134	48	196	24,5
7ª - Bagé	3	8	0	0	1	48	9	60	15,0
8ª - Cachoeira do Sul	1	27	0	5	0	23	27	56	48,2
9ª - Cruz Alta	0	16	2	2	0	11	18	31	58,1
10ª - Alegrete	1	58	2	5	0	103	60	169	35,5
11ª - Erechim	4	0	0	0	4	29	4	37	10,8
12ª - Santo Ângelo	1	17	0	1	4	98	21	121	17,4
13ª - Santa Cruz do Sul	5	36	1	1	1	132	38	176	21,6
14ª - Santa Rosa	2	1	0	1	0	24	1	28	3,6
15ª - Palmeira das Missões	1	27	0	0	0	29	27	57	47,4
16ª - Lajeado	3	8	0	1	3	95	11	110	10,0
17ª - Ijuí	0	2	0	0	0	37	2	39	5,1
18ª - Osório	2	25	2	4	7	177	34	217	15,7
Total	114	1979	46	194	96	2383	2121	4812	44,1

Tabela 05. Realização de testagem para o HIV e realização de TARV entre os casos novos de tuberculose por CRS. RS, 2025.

CRS	Total de Casos Novos de TB	% Testagem para HIV entre os CN de TB	% de Coinfecção TB-HIV entre os CN de TB	% de Realização de TARV entre os CN de TB com coinfecção TB-HIV
1ª - Porto Alegre	3078	90,1	21,3	67,9
2ª - Frederico Westphalen	58	98,3	6,9	75,0
3ª - Pelotas	411	95,9	20,0	62,2
4ª - Santa Maria	260	73,8	21,9	82,5
5ª - Caxias do Sul	444	91,2	13,3	71,2
6ª - Passo Fundo	234	88,9	12,4	79,3
7ª - Bagé	72	91,7	16,7	66,7
8ª - Cachoeira do Sul	64	79,7	3,1	0,0
9ª - Cruz Alta	37	97,3	24,3	77,8
10ª - Alegrete	204	96,1	11,8	75,0
11ª - Erechim	40	80,0	7,5	66,7
12ª - Santo Ângelo	130	86,2	18,5	54,2
13ª - Santa Cruz do Sul	205	92,2	16,6	23,5
14ª - Santa Rosa	36	83,3	19,4	100,0
15ª - Palmeira das Missões	62	95,2	4,8	100,0
16ª - Lajeado	124	91,9	20,2	60,0
17ª - Ijuí	46	91,3	13,0	83,3
18ª - Osório	237	91,1	8,9	42,9
Total	5742	90,1	18,4	66,9

Tabela 06. Realização de cultura para micobactérias entre casos novos de tuberculose por CRS. RS, 2025.

CRS	Culturas Positivas	Culturas Negativas	Culturas em andamento	Cultura não realizada	% de exames de cultura realizados com resultado disponível
1ª - Porto Alegre	688	129	220	1529	31,8
2ª - Frederico Westphalen	5	5	3	36	20,4
3ª - Pelotas	57	27	43	219	24,3
4ª - Santa Maria	71	18	22	84	45,6
5ª - Caxias do Sul	57	17	45	240	20,6
6ª - Passo Fundo	32	11	15	138	21,9
7ª - Bagé	46	1	1	12	78,3
8ª - Cachoeira do Sul	7	10	8	31	30,4
9ª - Cruz Alta	4	1	4	22	16,1
10ª - Alegrete	15	4	4	146	11,2
11ª - Erechim	5	1	1	30	16,2
12ª - Santo Ângelo	11	2	8	100	10,7
13ª - Santa Cruz do Sul	27	8	28	113	19,9
14ª - Santa Rosa	5	5	3	15	35,7
15ª - Palmeira das Missões	7	3	10	37	17,5
16ª - Lajeado	11	7	11	81	16,4
17ª - Ijuí	2	4	5	28	15,4
18ª - Osório	26	15	11	165	18,9
Total	1076	268	442	3026	27,9

Tabela 07. Realização de cultura para micobactérias entre retratamentos de tuberculose por CRS. RS, 2025.

CRS	Culturas Positivas	Culturas Negativas	Culturas em andamento	Cultura não realizada	% de exames de cultura realizados com resultado disponível
1ª - Porto Alegre	344	107	75	845	32,9
2ª - Frederico Westphalen	2	1	0	4	42,9
3ª - Pelotas	20	20	11	118	23,7
4ª - Santa Maria	24	10	4	30	50,0
5ª - Caxias do Sul	16	4	16	81	17,1
6ª - Passo Fundo	19	3	6	33	36,1
7ª - Bagé	19	2	0	4	84,0
8ª - Cachoeira do Sul	3	3	0	14	30,0
9ª - Cruz Alta	0	0	1	1	0,0
10ª - Alegrete	3	1	0	49	7,5
11ª - Erechim	4	0	2	6	33,3
12ª - Santo Ângelo	1	1	0	29	6,5
13ª - Santa Cruz do Sul	9	6	4	23	35,7
14ª - Santa Rosa	0	0	0	1	0,0
15ª - Palmeira das Missões	0	0	3	9	0,0
16ª - Lajeado	5	0	0	7	41,7
17ª - Ijuí	0	0	1	4	0,0
18ª - Osório	9	5	3	37	25,9
Total	478	163	126	1295	31,1

Anexo II - Mapa

Mapa 01 - Mapa do Rio Grande do Sul por Coordenadoria Regional de saúde.

