



BRASIL LIVRE DA TUBERCULOSE

Em 1993, a tuberculose passou a ser reconhecida, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma emergência global. Ela foi inserida nas políticas de saúde internacionais, como as do ano 2000, quando foi definida a meta de reduzir e parar o coeficiente de incidência da doença de 1990 até 2015. Essa meta foi contemplada nos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU). Apesar disso, a doença ainda se configura como uma emergência global.

Adicionalmente, a OMS divulgou, em 2006, a Estratégia Stop TB, que visava fortalecer a Estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS) e reduzir em 50%, até 2015, os coeficientes de prevalência e de mortalidade em relação a 1990.

Em 2014, foi aprovada na Assembleia Mundial de Saúde a Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose pós-2015 – Estratégia pelo Fim da Tuberculose, que tem como visão “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento devido à tuberculose”, e como objetivo o “fim da epidemia global da doença. A partir disso, o Ministério da Saúde iniciou a construção do **Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil**, que traça estratégias com o objetivo de acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no país até o ano de 2035.

As metas, para cumprimento até o ano de 2035, partindo do ano de 2015, são:

- reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil hab.;
- reduzir o número de óbitos por tuberculose em 95%.

Para operacionalizar a estratégia, foram lançados o **Plano Estadual de Vigilância e Controle da Tuberculose 2018-2020**, e os planos municipais com a participação dos mais diversos parceiros fundamentais na luta contra a tuberculose, como a academia, a sociedade civil, os profissionais de saúde, de assistência social e da justiça.

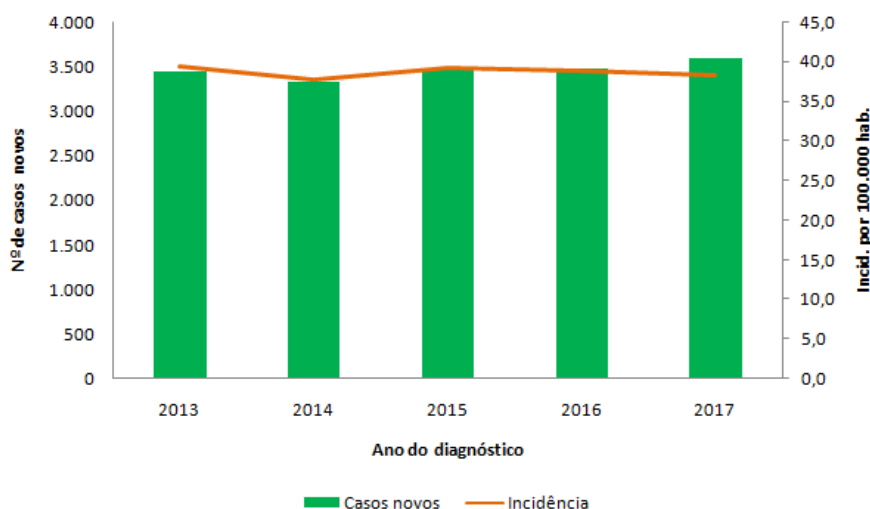
INTRODUÇÃO

A OMS revelou que o mundo teve 10,4 milhões de casos de tuberculose em 2016, e que a doença matou 1,7 milhões de indivíduos em todo o mundo. No Brasil, tivemos 66.796 casos e 4.543 óbitos. Em 2016 a tuberculose superou a AIDS como a doença infecciosa com mais vítimas mortais. O óbito por essa doença é considerado um evento sentinela por ser evitável, ou seja, além de ser um indicativo de fragilidades na assistência ao paciente pelo serviço de saúde.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

No Ceará, no período de 2013 a 2017, foram diagnosticados e registrados 17.378 casos novos e 959 óbitos por tuberculose. A incidência reduziu de 39,4/100 mil hab. em 2013 para 38,3/100 mil hab. em 2017, o que representa uma diminuição de 1,1% (Figura 1). Apesar dessa redução, convém ressaltar que a meta para eliminação da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil é de <10 casos para cada 100 mil habitantes. Vale salientar que esse resultado apenas será alcançado caso haja melhoria no cenário atual de alguns indicadores operacionais e epidemiológicos. Esses indicadores de monitoramento do controle da tuberculose refletem o desempenho dos serviços de saúde na qualidade do cuidado à pessoa com a doença.

Figura 1. Casos novos e incidência de tuberculose por ano de diagnóstico, Ceará 2013 a 2017*



Fonte: SESA/COPROM/NUVEP – Sinan * Dados parciais sujeitos à revisão.



TRATAMENTO

O tratamento é ofertado somente na rede SUS, É **GRATUITO** com duração de no **MÍNIMO SEIS MESES** e **TOMADA DIÁRIA** de medicamento. A informação ao paciente sobre a doença, a duração do tratamento e a importância da regularidade no uso da medicação, são fundamentais para o sucesso terapêutico, assegurando a cura.



AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE

O objetivo da vigilância epidemiológica para a TB é conhecer a magnitude da doença (dados de morbidade e mortalidade), sua distribuição e fatores de risco e tendência, fornecendo subsídios para as ações de controle e prevenção.

Os municípios devem estruturar a busca ativa e a confirmação dos casos em todas as unidades de saúde independente do tipo de atendimento e iniciar o tratamento o mais cedo possível, a fim de minimizar a transmissão da doença.

Casos de TB notificados ou acompanhados por outros municípios que não o de residência, deverão ser comunicados a Secretaria de Saúde do município de residência em tempo oportuno para investigação de contatos.

Os laboratórios precisam informar aos responsáveis pela vigilância epidemiológica municipal, sempre que houver resultado de baciloscopia positiva para agilizar o início do tratamento.

Os óbitos nos quais a TB é citada como causa básica ou associada, devem ser comunicados aos responsáveis pela vigilância epidemiológica com o objetivo de validar esse diagnóstico.

O processo de identificação e notificação de casos inicia-se com a coleta de dados junto às diversas fontes: SAI, SIH, SIAB, Sinan, SIM.

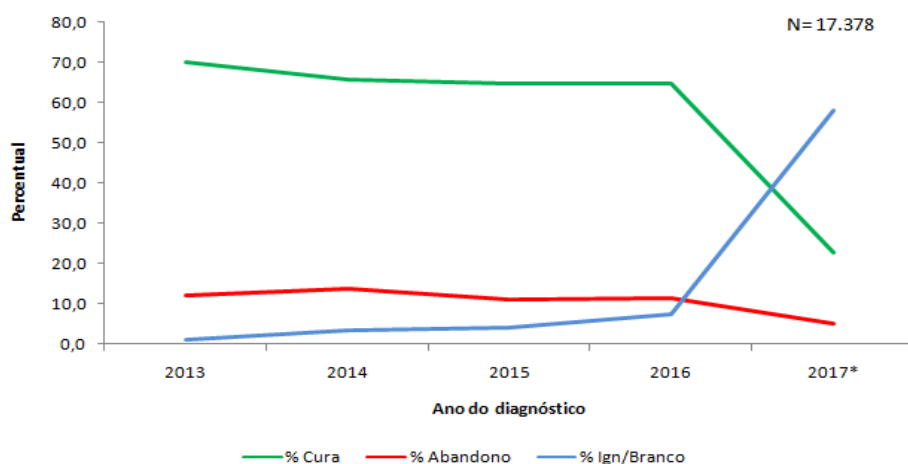
Um sistema de informação confiável é a base essencial da vigilância e do controle da TB, tanto no ponto de vista epidemiológico quanto operacional.

Quanto ao desfecho dos casos de tuberculose no período de 2013 a 2017*, observamos a cura abaixo do que o Ministério da Saúde (MS) considera aceitável, ou seja, curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. Em 2013 a cura dos casos novos no Ceará alcançou 70,0% dos casos registrados (Figura2), no entanto, no decorrer dos anos subsequentes verificou-se uma queda de 5,4% no percentual de cura entre 2013 e 2016. Os casos de 2017 não foram contabilizados, devido ainda se encontrarem com encerramento dentro do prazo.

Outra preocupação são os casos de abandono do tratamento, que permanecem alto ao longo do período, com 12,3% em 2013 e 11,4% em 2016 (Figura2), com mais que o dobro do que o MS considera aceitável (<5%). Esse indicador implica diretamente em multifatores, como: persistência da fonte de infecção, transmissão, aumento das taxas de mortalidade e de recidivas, além de facilitar o desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes, dificuldades no processo de cura, aumento no tempo e custo do tratamento.

Analisando a situação de ignorados no mesmo período, podemos observar que apenas o ano de 2013 apresentou proporção de 1,0% de ignorados (Figura 2). Os demais anos mantêm-se com a taxa acima do preconizado pelo MS que é de até 2%. Considerando o tempo decorrido para que esses casos estivessem com a situação de encerramento devidamente preenchida, os dados nos remetem a uma reflexão, a falta de vigilância no encerramento dos casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) interfere na análise confiável dos dados epidemiológicos.

Figura 2. Proporção de cura, abandono e ignorados dentre os casos novos de tuberculose, Ceará, 2013 a 2017*



Fonte: SESA/COPROM/NUVEP – Sinan * Dados parciais sujeitos à revisão.



16 de março de 2018 | Página 3/11



AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE (cont.)

Outra ação da VE é divulgar informações para a população, tanto para prestar contas dos resultados alcançados quanto para orientá-la de forma clara usando dados confiáveis.

• FLUXO DA VIGILÂNCIA DA TB

Notificação de casos → Processamento dos dados → Análise dos dados → Elaboração de parecer técnico → Tomada de decisão



NOTIFICAÇÃO – SINAN

TIPO DE ENTRADA

Caso Novo: Nunca utilizou medicação antituberculosa ou a utilizou por menos de 30 dias.

Recidiva: TB ativa que foi tratada anteriormente e recebeu alta por cura comprovada ou por ter completado o tratamento

Reingresso Após Abandono: É o caso de TB ativa, tratado anteriormente por mais de 30 dias, mas deixou de tomar a medicação por 30 dias consecutivos ou mais.

Não Sabe: Caso com história prévia desconhecida. Deve ser registrado apenas quando esgotadas as possibilidades de investigação da história.

Transferência: Refere-se ao paciente que compareceu à unidade de saúde, para dar continuidade ao tratamento iniciado em outra unidade de saúde, desde que não tenha havido interrupção do uso da medicação, por 30 dias ou mais. Neste último caso, o tipo de entrada deve ser “reingresso após abandono”. Todo paciente transferido por outra unidade deve ser notificado pela unidade que o recebe.

Pós-óbito – é o caso de tuberculose que não foi registrado no Sinan e foi descoberto ou notificado após a morte do paciente, em decorrência da realização de investigação epidemiológica.

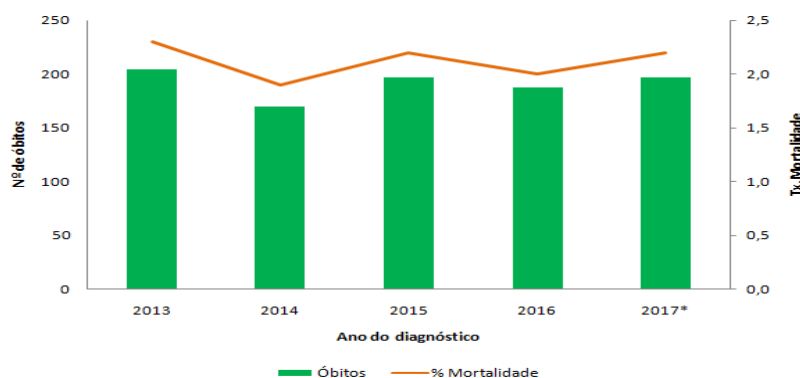
No ano de 2017 o Programa Nacional de Controle da Tuberculose/MS lançou o “Protocolo para Vigilância do Óbito com Menção de Tuberculose nas Causas de Morte” com os objetivos de:

- Compreender as razões pelas quais as pessoas morrem por tuberculose;
- Identificar fragilidades no acesso ao cuidado à saúde;
- Propor medidas para subsidiar ações de controle;
- Identificar e examinar contatos que não foram avaliados (casos notificados pós-óbito);
- Qualificar as informações registradas nos sistemas de informações (SIM, Sinan e SITETB).

No Ceará, em 2013, a taxa de mortalidade foi de 2,3 por 100 mil habitantes, e até 2017* observa-se que mantém a mesma taxa média de 2,2 por 100.000 hab. (Figura 3). Esclarecemos que não podemos ter a análise final devido ao Sistema de Informação Sobre Mortalidade/SIM permanecer recebendo declarações de óbito, para serem digitadas e analisadas.

Outro dado relevante, sinalizador da qualidade dos serviços de saúde, são os casos de tuberculose classificados como pós-óbito, que são aqueles que nunca foram registrados no Sinan e foram notificados após a morte, em decorrência da realização de investigação epidemiológica. No período de 2014 a 2017 registramos 38 casos classificados como pós-óbito no Ceará. Esse indicador representa, indiretamente, a sensibilidade do sistema em captar as pessoas com tuberculose, seja pela falha na busca ativa de casos novos (diagnóstico tardio), na identificação de contatos a serem examinados precocemente, bem como a qualidade dos serviços assistenciais prestados à população.

Figura 3. Taxa de mortalidade por causa básica tuberculose, Ceará, 2013 a 2017*



Fonte: SESA/COPROM/NUVEP/NUIAS – SIM * Dados parciais sujeitos à revisão.



NOTIFICAÇÃO – SINAN

Cura – Paciente que apresentar duas baciloscopias negativas, sendo uma em qualquer mês de acompanhamento e outra ao final do tratamento (5º ou 6º mês). A alta por cura também será dada ao paciente que completou o tratamento sem evidência de falência, e teve alta com base em critérios clínicos e radiológicos, por impossibilidade de realizar exames de baciloscopia ou cultura.

Abandono – Paciente que fez uso da medicação por 30 dias ou mais e interrompeu o tratamento por mais de 30 dias consecutivos.

Abandono primário – Paciente que fez uso da medicação por menos de 30 dias e interrompeu por mais de 30 dias consecutivos ou quando o paciente diagnosticado não iniciou o tratamento.

Óbito por tuberculose – Quando o óbito foi causado pela tuberculose. A causa do óbito deve estar de acordo com as informações contidas no SIM.

Óbito por outras causas – Por ocasião do conhecimento da morte do paciente por qualquer causa básica que não seja tuberculose, mesmo que a tuberculose esteja constando como causa associada no SIM. A causa do óbito deve estar de acordo com as informações contidas no SIM.

Transferência – Quando o doente for transferido para outro serviço de saúde. A transferência deve ser processada por meio de documento que contenha informações sobre o diagnóstico e o tratamento realizado até aquele momento. É de responsabilidade da unidade de origem a confirmação de que o paciente compareceu à unidade para a qual foi transferido.

Mudança de diagnóstico – Quando ocorrer alteração no diagnóstico e for elucidado que não se tratava de um caso de tuberculose.

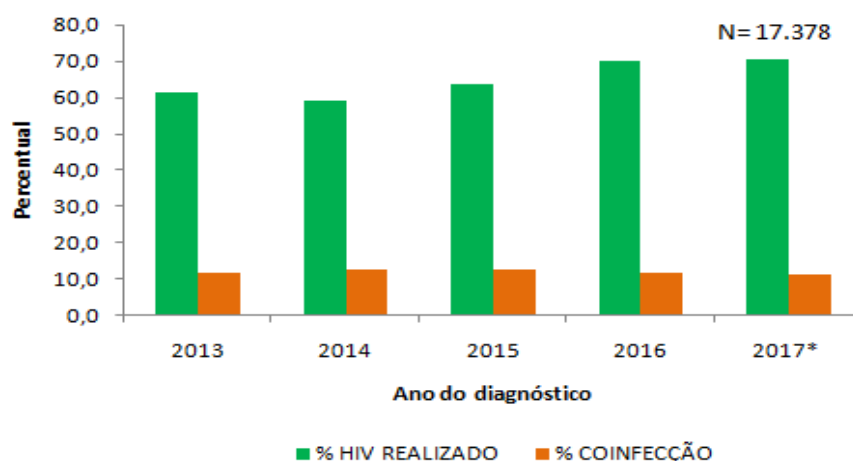
Mudança de esquema – Quando o paciente necessitar da adoção de regimes terapêuticos diferentes do esquema básico seja por intolerância e/ou por toxicidade medicamentosa.

Conforme dados da OMS, a tuberculose é a primeira causa de óbito em pacientes portadores de AIDS. Para identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante a realização da testagem para o HIV em todos os pacientes com tuberculose, priorizando o teste rápido. Todo serviço de saúde que diagnostica e trata tuberculose, seja uma Unidade Básica de Saúde (UBS), Policlínica, UPA ou uma equipe de Saúde da Família, deve estar preparado para oferecer a testagem para HIV, como também todo Serviço de Atenção Especializada/SAE deve solicitar a baciloscopia.

A realização do teste anti-HIV deve ser garantida para todos os que consentirem, assim como, deve estar assegurado que os resultados sejam inseridos nos sistemas de informação.

No Ceará, no período de 2013 a 2017*, tivemos um acréscimo 8,9% na realização dos exames, passando de 61,5% para 70,4%, e uma coinfeção estável ao longo dos anos (Figura 4). Quanto menor o número de pacientes com TB que realizam o teste de HIV, maior a incerteza sobre a prevalência da coinfeção.

Figura 4. Percentual de casos novos de tuberculose testados para HIV e coinfeção TB-HIV, Ceará, 2013 a 2017*



Fonte: SESA/COPROM/NUVEP – SINAN * Dados parciais sujeitos à revisão

No Ceará, nesse período, observa-se uma média de 56,8% dos contatos de casos novos de tuberculose examinados (Figura 5). Isso reflete a falta de priorização nos exames dos contatos para o controle da tuberculose. Observamos através da análise, que o percentual dos contatos examinados está distante do que o MS preconiza, ou seja, que 100% dos contatos identificados sejam examinados.



NOTIFICAÇÃO – SINAN

Tuberculose drogaresistente (TBDR) – Quando houver confirmação, por meio de teste de sensibilidade antimicrobiana, de resistência a qualquer medicamento antituberculose.

Falência – Será registrada nas seguintes situações: - persistência da baciloscopia de escarro positiva ao final do tratamento; - doentes que no início do tratamento apresentavam baciloscopia fortemente positiva (+ + ou + + +) e mantiveram essa situação até o 4o mês; - baciloscopia positiva inicial seguida de negatificação e de novos resultados positivo por 2 meses consecutivos, a partir do 4o mês de tratamento

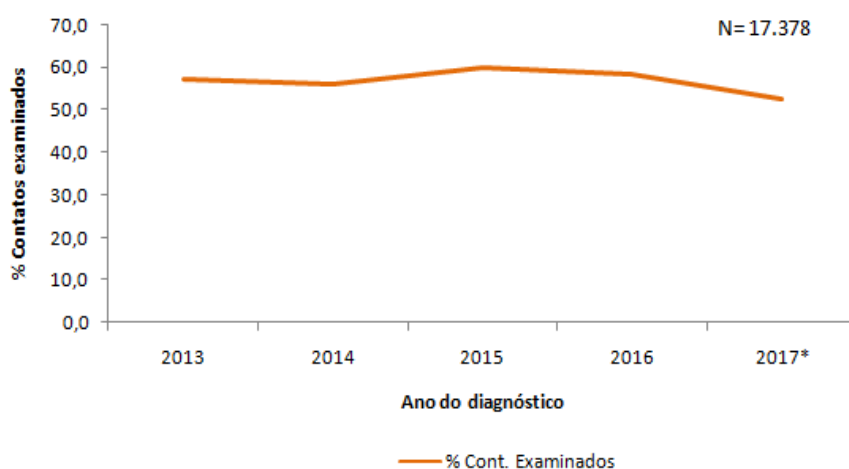


CONTATOS DOS CASOS

- A atividade de controle dos contatos dos casos de TB é uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa.
- Contato de TB é definido como toda pessoa que convive no mesmo ambiente (casa, ambiente de trabalho, presídio, escola, asilo) com o caso índice (todo paciente de TB pulmonar ativa, prioritariamente com baciloscopia positiva) no momento do diagnóstico.
- Contatos em menores de 5 anos, pessoas vivendo com HIV/Aids e portadores de condições de alto risco devem ser considerados prioritários no processo de avaliação de contatos e tratamento.
- Tendo em vista que toda criança com TB desenvolve a doença após transmissão por um contato com um adulto bacilífero, é importante identificar esse contato a fim de interromper a cadeia de transmissão.
- Após os contatos serem avaliados e não sendo constatada TB, estes deverão ser orientados a retornar à unidade de saúde em caso de aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de TB (particularmente sintomas respiratórios).
- É importante que o Agente Comunitário de Saúde/ACS esteja atento na busca dos contatos na comunidade.

O exame de contatos é uma estratégia que deve ser realizada de forma ativa e contínua, e tem como objetivo identificar/descartar casos de tuberculose ativa e de infecção latente de tuberculose (ILTb). Por meio dessa estratégia, é possível detectar precocemente os casos de tuberculose e iniciar o tratamento oportunamente.

Figura 5. Identificação e percentual de contatos examinados dos casos novos pulmonares de tuberculose, Ceará, 2013 a 2017*



Fonte: SESA/COPROM/NUVEP – Sinan * Dados parciais sujeitos à revisão.

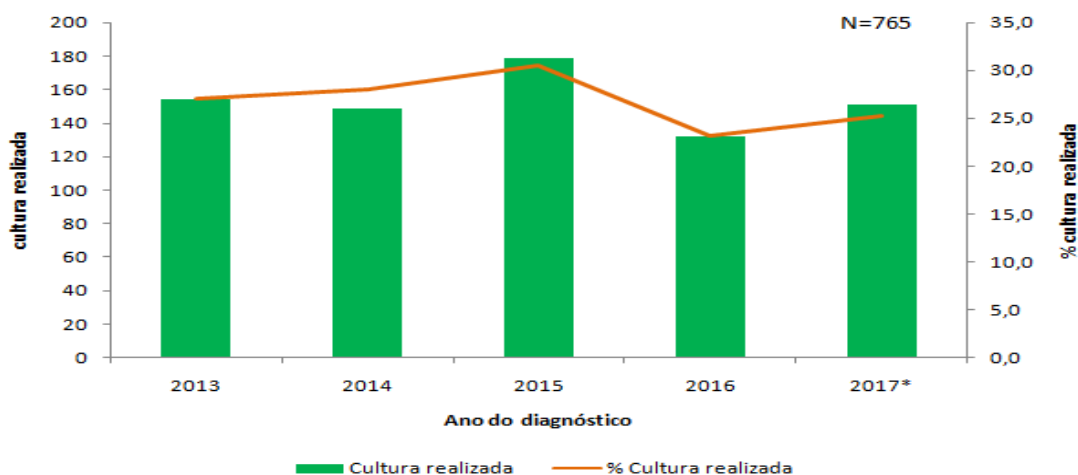
Os casos de retratamento são aqueles que abandonaram o tratamento, uma ou mais vezes, e os casos que, mesmo tratados adequadamente, tiveram recidiva da doença. A cultura de escarro nesses casos é um exame de extrema importância, no entanto, ainda é uma realidade fragilizada quanto à solicitação e quanto ao acesso à realização do exame. Quanto à realização de cultura de escarro nos casos de retratamento entre os anos de 2013 a 2017*, observa-se uma baixa realização de exames de cultura para os casos de retratamento (Figura 6). Analisando o período, observa-se que não houve incremento na solicitação de exames de cultura para casos de retratamento. A solicitação de cultura de escarro e o teste de sensibilidade devem ser solicitados para 100% dos casos de retratamento, pois, além de identificar a espécie da micobactéria permite também, testar sua sensibilidade aos quimioterápicos, possibilitando o diagnóstico precoce da tuberculose drogaresistente.

Equipe Elaboração: Christiana Maria de Oliveira, Josafá do Nascimento C. Filho, Maria Izabel Lopes, Patrícia Florenço da Silva, Sheila Maria Santiago Borges, Valderina Ramos Freire

Equipe revisão: Ana Rita Paulo Cardoso, Daniele Rocha Queiroz Lemos, Sarah Mendes D'Angelo



Figura 6. Proporção de cultura de escarro realizada nos casos de retratamento de tuberculose, Ceará, 2013 a 2017*

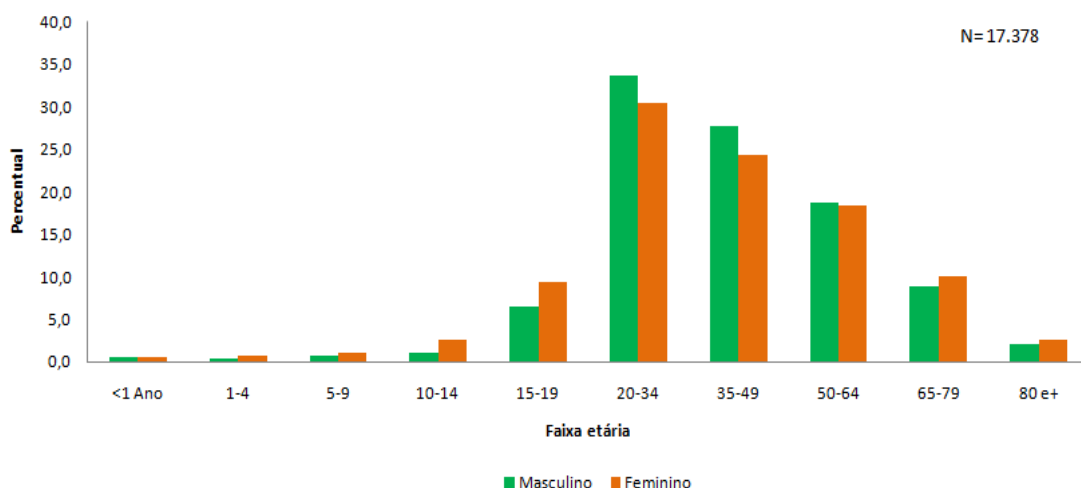


Fonte: SESA/COPROM/NUVEP – Sinan * Dados parciais sujeitos à revisão.

A caracterização dos casos de acordo com o gênero mostra uma ampla predominância no sexo masculino ao longo dos anos. Diante da análise, o maior número de casos confirmados de tuberculose ocorreu no sexo masculino (65,2%).

Quanto à faixa etária mais acometida foi a de 20 a 34 anos de idade para ambos os sexos, com um total de 5.770 casos ao longo da série histórica, com uma média de 32,1% do total de casos.

Figura 7. Distribuição dos casos de tuberculose segundo sexo e faixa etária, Ceará, 2013 a 2017*



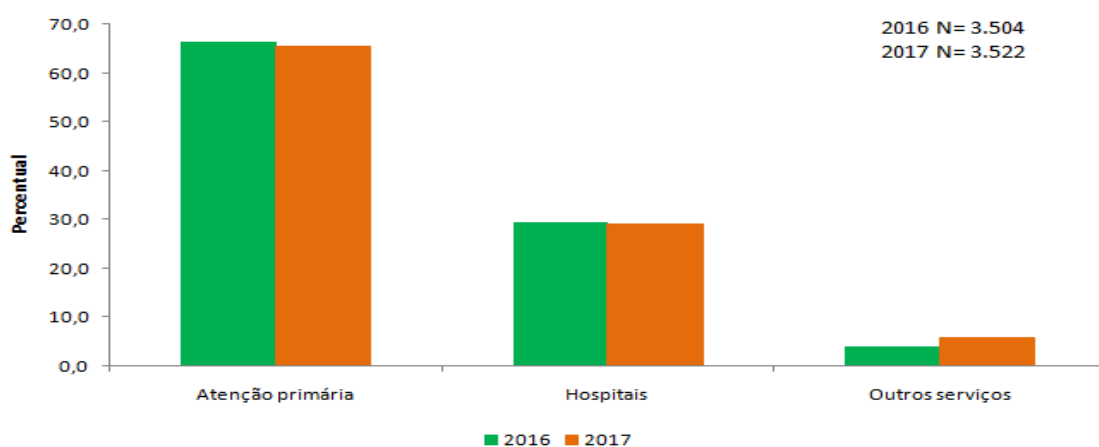
Fonte: SESA/COPROM/NUVEP – Sinan * Dados parciais sujeitos à revisão.

A Atenção Primária (AP) tem, entre as atribuições, a abordagem de pacientes portadores de tuberculose dentro das áreas geográficas de atuação, desde a suspeita clínica, passando pelo encaminhamento para a investigação diagnóstica e o acompanhamento dos casos confirmados, por meio do tratamento supervisionado e da coleta da baciloscopia mensal de controle.

No Ceará, nos de 2016 e 2017, 76,1% dos casos tiveram a notificação realizada através dos serviços de saúde da atenção primária, seguidos de 20,5% da notificação nos hospitais, e 3,4% notificados por outros serviços de saúde (Figura 8).

Este cenário representa a fragilidade do diagnóstico na atenção primária, pois sendo a tuberculose uma doença com diagnóstico, tratamento e acompanhamento preferencial na atenção primária, excetos nos casos das formas mais graves e Tuberculose Droga Resistente-TBDR que necessitam de acompanhamento especializado.

Figura 8. Proporção dos casos novos de tuberculose diagnosticados conforme acesso na rede de serviço do SUS, Ceará, 2016 a 2017*



Fonte: SESA/COPROM/NUVEP – Sinan * Dados parciais sujeitos à revisão.

TUBERCULOSE DROGA RESISTENTE - TBDR

A OMS define a TBDR como uma doença causada por cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes, a pelo menos, isoniazida e rifampicina. O desenvolvimento da TBDR pode ser atribuído a diversos aspectos como: tratamentos inadequados, má absorção das medicações, baixa adesão ao tratamento pelo paciente, diagnóstico e início do tratamento específico tardio apesar de ser uma doença de conversão bacteriológica lenta. Outra preocupação é o elevado número de abandono do tratamento por favorecer a disseminação do bacilo resistente entre a população e consequentemente, aumentar os índices de morbimortalidade da doença. A resistência aos medicamentos ameaça gravemente o controle da TB no mundo, uma vez que levanta a possibilidade de um evento onde as drogas não são mais eficazes para o tratamento da doença.

Outro fator que dificulta o tratamento dos doentes multirresistentes diz respeito ao acompanhamento destes por mais de um serviço de saúde. Segundo o MS e em consonância com a OMS, o acompanhamento dos pacientes deve ocorrer em uma unidade de referência terciária, além de se garantir o Tratamento Diretamente Observado (TDO). Nos casos em que não existe a possibilidade da supervisão do serviço terciário por motivos como: distância geográfica da moradia dos doentes, dificuldades de acesso diário à residência do paciente ou do paciente em ir ao serviço, cabe à AP realizar esse acompanhamento por meio da supervisão do tratamento.



Tabela 1. Número e proporção de pacientes TBDR avaliados segundo distribuição espacial dos casos no Ceará, no período de 2008 a 2013

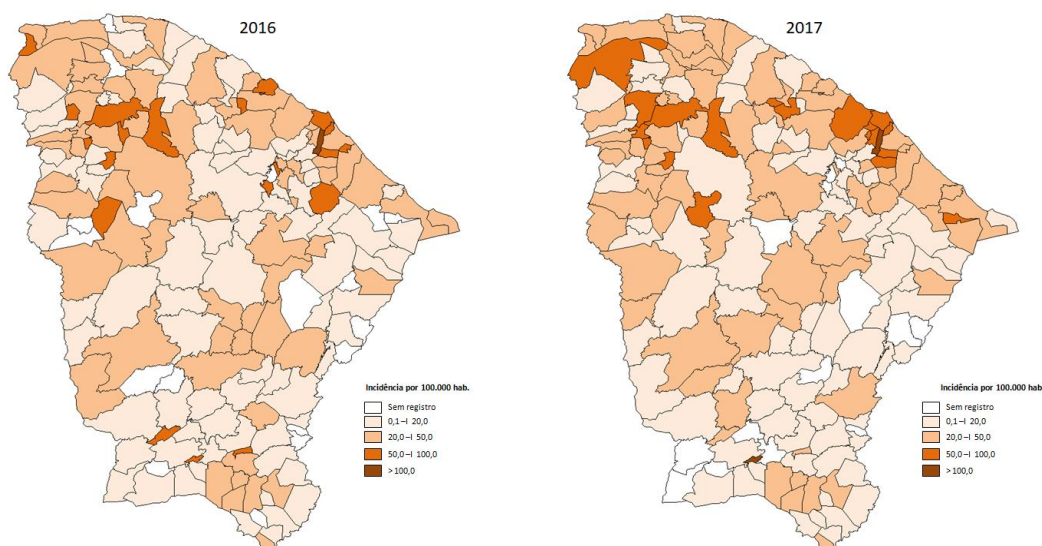
Municípios	n	%
Fortaleza	186	61
Caucaia	19	6,2
Maracanaú	7	2,2
Sobral	21	6,8
Outros municípios	73	23,8
Total	306	100

Fonte: Pesquisa de pacientes TBDR no Ambulatório do Hospital de Messejana (SITETB, prontuários, livro de registro de acompanhamento de pacientes de TB)

No Ceará, de 2008 a 2013, foram registrados 306 pacientes em tratamento de TBDR no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose. A tabela 1 demonstra os pacientes de TBDR por município de residência, diagnosticados e tratados no ambulatório do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Hospital Municipal João Elísio de Holanda (Hospital de Maracanaú) e no Centro de Referência em Infectologia Francisco Luis da Costa (Município de Sobral), destacando o município de Fortaleza com 61 % do total de pacientes do Estado.

Entre 2016 e 2017 foram notificados 6.925 casos novos de tuberculose no Ceará. Esses casos foram registrados por 165 (90,2%) municípios cearenses. Embora estejam circundados por municípios com casos confirmados, 18 (9,8%) municípios mantiveram-se silenciosos para a doença. O município de Itaitinga concentra grande parte das unidades prisionais do Estado, o que contribui para que a incidência do município esteja acima de 100 casos por 100 mil habitantes nos dois anos em análise. Em 2017 o município de Altaneira na região do Cariri apresentou incidência de 107,9, também acima de 100 casos por 100 mil habitantes, considerando o número de casos registrados (8) para sua população estimada em 2017 (7.344 hab.).

Figura 9. Distribuição dos casos confirmados de tuberculose segundo município de residência, Ceará, 2013 a 2017*



Fonte: SESA/COPROM/NUVEP – Sinan * Dados parciais sujeitos à revisão.



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

TUBERCULOSE

16 de março de 2018 | Página 9/11

Tabela 3. Situação Epidemiológica da Tuberculose por município de residência, Ceará, 2016 e 2017*

Município	Nº Casos Novos		Taxa de incidência		Cura 2016		Abandono do tratamento 2016		% Cultura para casos de retratamento		% de Testes de HIV 2017*	% Coinfecção TB/HIV 2017*	Óbitos por TB 2017*	Tx de mortalidade por TB 2017*
	2016	2017*	2016	2017*	N	%	N	%	2016	2017*				
CEARÁ	3565	3653	39,8	40,8	2235	62,7	390	10,9	22,8	24,9	70,4	11,2	110	1,2
1ª CRES Fortaleza	1844	1847	66,4	66,5	1139	61,8	264	14,3	19,6	30,3	51,7	9,5	37	1,3
Aquiraz	26	29	33,1	37,0	17	65,4	4	15,4	12,5	33,3	31,3	31,3	1	1,3
Eusébio	31	31	59,7	59,7	28	90,3	0	0,0	25,0	0,0	7,1	7,1	0	0,0
Fortaleza	1687	1666	64,6	63,8	1036	61,4	256	15,2	19,8	22,8	15,4	15,4	36	1,4
Itaitinga	100	121	256,9	310,8	58	58,0	4	4,0	37,5	0,0	8,7	8,7	0	0,0
2ª CRES Caucaia	252	268	41,1	43,7	161	63,9	25	9,9	19,6	15,6	47,9	4,7	17	2,8
Apuiarés	2	1	13,7	6,8	1	50,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Caucaia	170	187	47,5	52,2	109	64,1	22	12,9	0,0	24,2	20,2	20,2	13	3,6
General Sampaio	1	2	14,6	29,2	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Itapagé	10	26	19,4	50,4	7	70,0	1	10,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Paracuru	17	13	50,5	38,6	10	58,8	0	0,0	60,0	0,0	0,0	0,0	2	5,9
Paraipaba	10	7	31,0	21,7	7	70,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2	6,2
Pentecoste	13	10	35,2	27,1	6	46,2	1	7,7	100,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
São Gonçalo do Amarante	18	19	37,7	39,8	12	66,7	0	0,0	50,0	50,0	5,9	5,9	0	0,0
São Luís do Curu	9	1	70,3	7,8	8	88,9	1	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Tejuçuoca	2	2	10,7	10,7	1	50,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
3ª CRES Maracanaú	169	218	31,7	40,9	107	63,3	17	10,1	56,7	45,8	75,6	8,7	7	1,3
Acarape	2	4	12,2	24,4	2	100,0	0	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	0	0,0
Barreira	3	1	14,4	4,8	1	33,3	1	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Guaibá	5	3	19,2	11,5	5	100,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Maracanaú	105	128	47,0	57,4	70	66,7	6	5,7	35,7	53,3	6,4	6,4	5	2,2
Maranguape	25	32	20,0	25,6	14	56,0	5	20,0	75,0	66,7	0,0	0,0	0	0,0
Pacatuba	19	47	23,3	57,6	13	68,4	1	5,3	0,0	14,3	2,7	2,7	1	1,2
Palmácia	2	2	15,4	15,4	1	50,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	7,7
Redenção	8	1	29,2	3,7	1	12,5	4	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
4ª CRES Baturité	27	19	19,5	13,7	15	55,6	2	7,4	50,0	0,0	63,3	3,6	0	0,0
Aracoiaba	4	8	15,3	30,5	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Aratuba	6	0	53,1	0,0	3	50,0	0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0	0,0
Baturité	9	6	25,6	17,1	8	88,9	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Capistrano	1	3	5,7	17,0	1	100,0	0	0,0	0,0	0,0	66,7	66,7	0	0,0
Guaramiranga	3	1	82,6	27,5	0	0,0	1	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Itapiúna	1	1	5,0	5,0	1	100,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Mulungu	0	0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Pacoti	3	0	25,1	0,0	2	66,7	1	33,3	0,0	50,0	0,0	0,0	0	0,0
5ª CRES Canindé	28	41	13,7	20,0	12	42,9	4	14,3	0,0	0,0	60,7	10,6	0	0,0
Boa Viagem	3	5	5,6	9,3	3	100,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Canindé	11	24	14,2	31,1	3	27,3	2	18,2	33,3	0,0	10,5	10,5	0	0,0
Caridade	3	4	13,6	18,1	1	33,3	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Itatira	8	7	39,1	34,2	3	37,5	1	12,5	0,0	0,0	16,7	16,7	0	0,0
Madalena	1	0	5,1	0,0	1	100,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Paramoti	2	1	17,3	8,6	1	50,0	1	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
6ª CRES Itapipoca	63	80	21,4	27,2	42	66,7	1	1,6	45,5	33,3	63,4	7,5	1	0,3
Amontada	5	7	11,8	16,5	4	80,0	0	0,0	50,0	100,0	20,0	20,0	0	0,0
Itapipoca	32	31	25,3	24,6	22	68,8	0	0,0	50,0	25,0	4,2	4,2	0	0,0
Miraima	2	1	14,8	7,4	2	100,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Trairi	9	8	16,4	14,6	4	44,4	0	0,0	33,3	0,0	25,0	25,0	0	0,0
Tururu	2	6	12,7	38,1	2	100,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Umirim	5	16	25,5	81,6	3	60,0	1	20,0	0,0	42,9	0,0	0,0	1	5,1
Uruburetama	8	11	37,4	51,4	5	62,5	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
7ª CRES Aracati	25	34	21,4	29,2	18	72,0	2	8,0	0,0	100,0	84,0	30,0	0	0,0
Aracati	16	22	21,9	30,1	12	75,0	2	12,5	50,0	50,0	30,0	30,0	0	0,0
Fortim	2	5	12,4	31,0	1	50,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Icapuí	7	3	35,8	15,3	5	71,4	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Itaigaba	0	4	0,0	52,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
8ª CRES Quixadá	80	81	24,9	25,2	46	57,5	7	8,8	75,0	0,0	43,3	7,5	4	1,2
Banabuiú	4	10	22,3	55,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	5,6
Choró	1	1	7,5	7,5	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Ibaretama	2	1	15,1	7,6	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	0	0,0
Ibicuitinga	5	1	40,8	8,2	2	40,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Milhã	3	1	22,8	7,6	2	66,7	1	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Pedra Branca	7	7	16,4	16,4	3	42,9	0	0,0	0,0	0,0	16,7	16,7	1	2,3
Quixadá	29	26	33,7	30,2	19	65,5	5	17,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Quixeramobim	15	21	19,2	26,9	11	73,3	1	6,7	66,7	100,0	5,0	5,0	1	1,3
Senador Pompeu	7	11	26,4	41,5	4	57,1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Solonópole	7	2	38,6	11,0	5	71,4	0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	1	5,5
Subtotal	2488	2588	49,8	51,8	1540	61,9	322	12,9	20,8	24,2	67,1	13,1	66	1,3

Fonte: SESA/COPROM/NUVEP – Sinan * Dados parciais sujeitos à revisão



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

TUBERCULOSE

16 de março de 2018 | Página 10/11

Tabela 3. Situação Epidemiológica da Tuberculose por município de residência, Ceará, 2016 e 2017*

Município	Nº Casos Novos		Taxa de incidência		Cura 2016		Abandono do tratamento 2016		% Cultura para casos de retratamento		% de Testes de HIV 2017*	% Coinfecção TB/HIV 2017*	Óbitos por TB 2017*	Tx de mortalidade por TB 2017*
	2016	2017*	2016	2017*	N	%	N	%	2016	2017*				
9ª CRES Russas	29	27	14,6	13,6	17	58,6	0	0,0	33,3	0,0	68,1	15,4	0	0,0
Jaguaretama	0	0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Jaguaruana	5	10	14,9	29,8	3	60,0	0	0,0	0,0	50,0	100,0	10,0	0	0,0
Morada Nova	11	8	17,8	13,0	3	27,3	0	0,0	50,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Palhano	0	2	0,0	21,6	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Russas	13	7	17,2	9,2	11	84,6	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
10ª CRES Limoeiro Norte	44	32	19,6	14,2	29	65,9	4	9,1	0,0	28,6	77,3	18,8	1	0,4
Alto Santo	2	2	11,8	11,8	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Ererê	0	1	0,0	14,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Iracema	1	0	7,1	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Jaguaribara	1	1	8,9	8,9	1	100,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	0	0,0
Jaguaribe	9	6	26,1	17,4	7	77,8	0	0,0	0,0	0,0	100,0	33,3	0	0,0
Limoeiro do Norte	11	10	18,8	17,1	7	63,6	3	27,3	0,0	50,0	100,0	0,0	0	0,0
Pereiro	3	1	18,6	6,2	3	100,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Potiretama	0	0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Quixerê	2	2	9,2	9,2	1	50,0	0	0,0	0,0	100,0	100,0	0,0	0	0,0
São João do Jaguaribe	0	1	0,0	13,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Tabuleiro do Norte	15	8	49,4	26,3	10	66,7	1	6,7	0,0	0,0	100,0	12,5	1	3,3
11ª CRES Sobral	276	273	43,0	42,5	195	70,7	16	5,8	51,8	42,9	59,3	3,4	4	0,6
Alcântaras	2	3	17,6	26,3	1	50,0	0	0,0	0,0	0,0	66,7	0,0	0	0,0
Cariré	8	6	42,9	32,2	5	62,5	1	12,5	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Catunda	0	9	0,0	87,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	77,8	0,0	0	0,0
Coreaú	5	12	21,7	52,2	4	80,0	1	20,0	0,0	66,7	91,7	9,1	0	0,0
Forquilha	7	10	29,4	42,0	1	14,3	0	0,0	0,0	0,0	50,0	20,0	1	4,2
Frecheirinha	8	2	58,8	14,7	6	75,0	1	12,5	0,0	0,0	50,0	0,0	0	0,0
Graça	5	4	32,7	26,1	3	60,0	0	0,0	0,0	100,0	75,0	33,3	1	6,5
Groaíras	7	1	64,0	9,1	7	100,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Hidrolândia	6	7	29,8	34,8	4	66,7	1	16,7	0,0	0,0	83,3	0,0	1	5,0
Ipu	9	13	21,7	31,3	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	30,8	0,0	0	0,0
Irauçuba	10	6	42,2	25,3	2	20,0	3	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Massapê	16	7	42,2	18,5	12	75,0	3	18,8	0,0	0,0	28,6	0,0	0	0,0
Meruoca	2	3	13,5	20,3	2	100,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Moraújo	2	1	23,3	11,7	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Mucambo	7	11	48,7	76,6	5	71,4	1	14,3	0,0	0,0	45,5	0,0	0	0,0
Pacujá	5	4	80,8	64,7	3	60,0	0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0	0,0
Pires Ferreira	3	3	28,0	28,0	1	33,3	0	0,0	50,0	100,0	100,0	33,3	0	0,0
Reriutaba	2	7	10,6	37,1	1	50,0	0	0,0	0,0	100,0	100,0	14,3	0	0,0
Santa Quitéria	12	8	27,7	18,5	9	75,0	0	0,0	100,0	0,0	37,5	0,0	0	0,0
Santana do Acaraú	3	3	9,4	9,4	3	100,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Senador Sá	0	3	0,0	40,3	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Sobral	143	138	70,2	67,8	118	82,5	5	3,5	47,4	39,1	95,6	6,2	1	0,5
Uruoca	4	2	29,4	14,7	3	75,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Varjota	10	10	55,0	55,0	5	50,0	0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0	0,0
12ª CRES Acaraú	41	64	18,1	28,2	35	85,4	0	0,0	70,0	20,0	80,3	4,8	0	0,0
Acaraú	18	18	29,2	29,2	15	83,3	0	0,0	100,0	0,0	88,9	0,0	0	0,0
Bela Cruz	2	11	6,2	34,1	2	100,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	18,2	0	0,0
Cruz	3	1	12,6	4,2	3	100,0	0	0,0	0,0	100,0	100,0	0,0	0	0,0
Itarema	6	12	14,7	29,4	6	100,0	0	0,0	0,0	0,0	83,3	0,0	0	0,0
Jijoca de Jericoacoara	1	7	5,2	36,4	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	85,7	50,0	0	0,0
Marco	7	9	26,2	33,7	6	85,7	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Morrinhos	4	6	18,1	27,2	3	75,0	0	0,0	0,0	100,0	100,0	16,7	0	0,0
13ª CRES Tianguá	54	64	17,2	20,4	35	64,8	3	5,6	0,0	0,0	75,9	9,0	3	1,0
Carnaubal	3	5	17,1	28,5	3	100,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	20,0	0	0,0
Croatá	7	3	39,3	16,9	5	71,4	0	0,0	0,0	0,0	66,7	50,0	0	0,0
Guaraciaba do Norte	7	7	17,8	17,8	7	100,0	0	0,0	0,0	0,0	50,0	33,3	0	0,0
Ibiapina	7	7	28,3	28,3	3	42,9	1	14,3	0,0	0,0	57,1	0,0	1	4,0
São Benedito	10	12	21,5	25,9	5	50,0	1	10,0	0,0	0,0	75,0	0,0	0	0,0
Tianguá	10	16	13,5	21,6	6	60,0	1	10,0	33,3	0,0	93,8	6,7	1	1,3
Ubajara	2	5	5,9	14,7	1	50,0	0	0,0	0,0	0,0	80,0	0,0	0	0,0
Viçosa do Ceará	8	9	13,4	15,1	5	62,5	0	0,0	0,0	100,0	66,7	0,0	1	1,7
14ª CRES Tauá	31	20	27,2	17,5	19	61,3	2	6,5	0,0	0,0	52,0	9,1	3	2,6
Aiuaba	1	1	5,8	5,8	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Arneiroz	0	2	0,0	25,7	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Parambu	10	3	32,0	9,6	7	70,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Tauá	20	14	34,5	24,2	12	60,0	2	10,0	0,0	0,0	100,0	7,7	3	5,2
Subtotal	475	480	27,6	27,9	330	69,5	25	5,3	28,8	31,3	82,5	7,5	11	0,6

Fonte: SESA/COPROM/NUVEP – Sinan * Dados parciais sujeitos à revisão



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

TUBERCULOSE

16 de março de 2018 | Página 11/11

Tabela 3. Situação Epidemiológica da Tuberculose por município de residência, Ceará, 2016 e 2017*

Município	Nº Casos Novos		Taxa de incidência		Cura 2016		Abandono do tratamento 2016		% Cultura para casos de retratamento		% de Testes de HIV 2017*	% Coinfecção TB/HIV 2017*	Óbitos por TB 2017*	Tx de mortalidade por TB 2017*
	2016	2017*	2016	2017*	N	%	N	%	2016	2017*				
15ª CRES Crateús	79	75	26,7	25,3	47	59,5	5	6,3	50,0	44,4	44,4	5,3	2	0,7
Ararendá	0	2	0,0	18,5	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Crateús	24	20	32,3	26,9	16	66,7	1	4,2	66,7	50,0	90,0	5,6	0	0,0
Independência	4	4	15,4	15,4	2	50,0	0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0	0,0
Ipaporanga	0	2	0,0	17,4	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Ipueiras	10	13	26,3	34,2	6	60,0	0	0,0	0,0	66,7	69,2	33,3	1	2,6
Monseñhor Tabosa	7	4	41,1	23,5	3	42,9	1	14,3	0,0	0,0	25,0	0,0	1	5,9
Nova Russas	18	12	56,3	37,6	12	66,7	2	11,1	0,0	0,0	90,0	0,0	0	0,0
Novo Oriente	4	6	14,1	21,2	4	100,0	0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0	0,0
Poranga	1	3	8,2	24,5	1	100,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Quiterianópolis	2	2	9,6	9,6	1	50,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Tamboril	9	7	35,2	27,4	2	22,2	1	11,1	0,0	100,0	80,0	0,0	0	0,0
16ª CRES Camocim	59	56	37,9	36,0	39	66,1	4	6,8	0,0	0,0	24,6	2,0	3	1,9
Barroquinha	6	4	40,4	26,9	5	83,3	0	0,0	0,0	100,0	75,0	0,0	0	0,0
Camocim	25	16	39,9	25,5	19	76,0	1	4,0	55,6	66,7	87,5	0,0	1	1,6
Chaval	8	5	61,9	38,7	2	25,0	2	25,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Granja	16	29	29,5	53,6	11	68,8	1	6,3	100,0	0,0	79,3	0,0	2	3,7
Martinópolis	4	2	36,4	18,2	2	50,0	0	0,0	0,0	100,0	100,0	0,0	0	0,0
17ª CRES Icó	24	27	14,0	15,8	19	79,2	2	8,3	0,0	0,0	28,6	3,1	3	1,8
Baixio	0	0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Cedro	6	4	24,0	16,0	5	83,3	1	16,7	0,0	0,0	75,0	0,0	0	0,0
Icó	10	15	14,8	22,3	8	80,0	0	0,0	0,0	50,0	93,3	0,0	1	1,5
Ipauimirim	0	1	0,0	8,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Lavras da Mangabeira	4	4	12,8	12,8	3	75,0	1	25,0	0,0	100,0	75,0	0,0	1	3,2
Orós	3	2	14,1	9,4	2	66,7	0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0	0,0
Umari	1	1	13,0	13,0	1	100,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	1	13,0
18ª CRES Iguatú	48	54	15,0	16,9	36	75,0	3	6,3	0,0	50,0	49,3	7,5	1	0,3
Acopiara	11	10	20,6	18,7	8	72,7	1	9,1	66,7	33,3	100,0	0,0	0	0,0
Cariús	1	3	5,3	16,0	1	100,0	0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Catarina	0	4	0,0	19,7	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	75,0	0,0	0	0,0
Deputado Irapuan Pinheiro	2	1	21,1	10,5	1	50,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Iguatú	20	16	19,6	15,7	15	75,0	1	5,0	25,0	0,0	100,0	46,7	0	0,0
Jucás	1	4	4,1	16,3	0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	75,0	0,0	0	0,0
Mombaça	6	10	13,7	22,9	5	83,3	0	0,0	25,0	0,0	80,0	0,0	1	2,3
Piquet Carneiro	4	1	24,1	6,0	4	100,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Quixelô	2	0	13,4	0,0	2	100,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Saboeiro	1	5	6,4	31,8	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	40,0	0,0	0	0,0
19ª CRES Brejo Santo	36	32	16,9	15,0	26	72,2	0	0,0	33,3	0,0	61,5	4,8	0	0,0
Abalara	2	1	17,4	8,7	1	50,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Aurora	4	4	16,3	16,3	2	50,0	0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0	0,0
Barro	4	3	17,9	13,4	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0	0,0
Brejo Santo	9	6	18,6	12,4	9	100,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Jati	1	1	12,8	12,8	1	100,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Mauriti	7	7	15,1	15,1	5	71,4	0	0,0	0,0	20,0	100,0	0,0	0	0,0
Milagres	6	7	21,2	24,7	6	100,0	0	0,0	50,0	75,0	57,1	0,0	0	0,0
Penaforte	2	2	22,5	22,5	2	100,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Porteiras	1	1	6,7	6,7	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
20ª CRES Crato	65	69	18,9	20,1	44	67,7	3	4,6	0,0	0,0	54,1	4,0	6	1,7
Altaneira	4	8	54,0	107,9	2	50,0	0	0,0	100,0	0,0	62,5	0,0	1	13,5
Antonina do Norte	5	2	68,9	27,6	3	60,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Araípe	1	1	4,7	4,7	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	4,7
Assaré	1	1	4,3	4,3	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	0	0,0
Campos Sales	5	0	18,4	0,0	3	60,0	0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Crato	30	38	23,1	29,3	21	70,0	3	10,0	33,3	50,0	76,3	6,9	4	3,1
Farias Brito	1	0	5,3	0,0	1	100,0	0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Nova Olinda	3	3	19,6	19,6	1	33,3	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Potengi	0	0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Salitre	3	2	18,5	12,3	3	100,0	0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Santana do Cariri	10	9	57,2	51,5	9	90,0	0	0,0	0,0	0,0	66,7	0,0	0	0,0
Tarrafas	1	0	11,3	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Várzea Alegre	1	5	2,5	12,4	1	100,0	0	0,0	0,0	0,0	60,0	0,0	0	0,0
21ª CRES Juazeiro do Norte	133	144	31,6	34,2	81	60,9	16	12,0	0,0	10,0	56,4	7,5	14	3,3
Barbalha	16	23	27,0	38,8	9	56,3	3	18,8	0,0	0,0	60,9	7,1	1	1,7
Caririáçu	7	3	26,0	11,2	1	14,3	4	57,1	0,0	0,0	33,3	0,0	0	0,0
Granjeiro	4	2	89,7	44,9	1	25,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Jardim	2	5	7,4	18,5	2	100,0	0	0,0	0,0	0,0	40,0	0,0	0	0,0
Juazeiro do Norte	88	102	32,8	38,0	59	67,0	8	9,1	33,3	13,3	74,3	6,7	12	4,5
Missão Velha	16	9	45,3	25,5	9	56,3	1	6,3	0,0	0,0	55,6	20,0	1	2,8
22ª CRES Cascavel	158	128	49,0	39,7	73	46,2	10	6,3	100,0	20,0	58,3	8,7	4	1,2
Beberibe	11	12	20,9	22,8	9	81,8	0	0,0	0,0	50,0	91,7	18,2	0	0,0
Cascavel	22	19	31,2	26,9	19	86,4	0	0,0	50,0	0,0	100,0	0,0	0	0,0
Chorozinho	6	6	31,3	31,3	5	83,3	0	0,0	0,0	0,0	83,3	20,0	1	5,2
Horizonte	52	38	80,4	58,8	17	32,7	6	11,5	0,0	9,1	94,6	2,9	0	0,0
Ocara	22	6	87,1	23,8	17	77,3	0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0	0,0
Pacajus	30	41	42,9	58,7	1	3,3	2	6,7	20,0	0,0	67,5	18,5	3	4,3
Pindoretama	15	6	73,4	29,4	5	33,3	2	13,3	100,0	0,0	40,0	0,0	0	0,0
Subtotal	602	585	26,8	26,1	365	60,6	43	7,1	30,1	24,8	75,0	7,0	33	1,5

Fonte: SESA/COPROM/NUVEP – Sinan * Dados parciais sujeitos à revisão