



EXPEDIENTE

2025. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Básica (SEVSAP). Diretoria Geral de Vigilância em Saúde

Secretaria Estadual de Saúde

Zilda do Rego Cavalcanti

Secretário Executiva de Vigilância em Saúde

Renan Carlos Freitas da Silva

Diretor Geral de Informação e Vigilância Epidemiológica

José Lancart de Lima

Gerência de Vigilância da Tuberculose e Hanseníase

Cintia Michele Gondim de Brito Lima

Coordenação de Vigilância de Tuberculose

Vanessa Cristina de Fatima do Carmo Carneiro

Equipe Técnica

Adriana Maria Silva de Queiroz
Janaíde Rodrigues de Araújo Faustino
Juliana Ferreira Lima Apolinário
Maria Clara Acioli Lins Lima
Raissa Cristina Soares de Oliveira

Elaboração

Raissa Cristina Soares de Oliveira
Juliana Maria de Moura Moraes
Júlia Albertina Gomes de Melo

Revisão

Cintia Michele Gondim de Brito Lima
Vanessa Cristina de Fátima do Carmo Carneiro
Janaíde Rodrigues de Araújo Faustino

Periodicidade

Anual

Estagiárias

Júlia Albertina Gomes de Melo
Júlia Nara Domingos da Silva

Projeto Gráfico

Júlia Albertina Gomes de Melo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Rua 24 de agosto, 209, Santo Amaro, Recife-PE,
CEP: 50.040-090

Telefone: (81) 3184-0338

e-mail: tuberculose.sespe@gmail.com

www.saude.pe.gov.br



Apresentação

Este boletim tem como objetivo apresentar o cenário epidemiológico da tuberculose no estado de Pernambuco, contribuindo para o monitoramento dos indicadores e a divulgação de informações sobre a doença. Busca-se, assim, informar profissionais de saúde e a população em geral sobre as ações desenvolvidas para o controle do agravo. Espera-se que os resultados apresentados gerem discussões para o planejamento de atividades direcionadas e assertivas.

Vigilância da tuberculose

A vigilância epidemiológica da tuberculose inicia-se com a busca ativa de sintomáticos respiratórios e envolvem todas as etapas do processo de diagnóstico, a análise da distribuição dos casos, o monitoramento das tendências ao longo do tempo e o acompanhamento até o desfecho do tratamento. Esses componentes são fundamentais para compreender o perfil de morbidade e mortalidade associada à doença.

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como Bacilo de Koch. Sua transmissão ocorre por via respiratória, quando pessoas doentes eliminam o bacilo no ar ao tossir, falar ou espirrar. Após a infecção, o risco de desenvolvimento da doença é mais elevado nos primeiros dois anos (em torno de 5%), reduzindo significativamente após esse período.

No ano de 2023, estimou-se que 10,8 milhões pessoas adoeceram por tuberculose no mundo, voltando a ocupar o posto de principal causa de morte por um único agente infeccioso, após três anos em que foi superada pelo coronavírus, resultando em graves impactos à saúde global, com aproximadamente 1,2 milhão de óbitos registrados (WHO, 2024; Brasil, 2025).

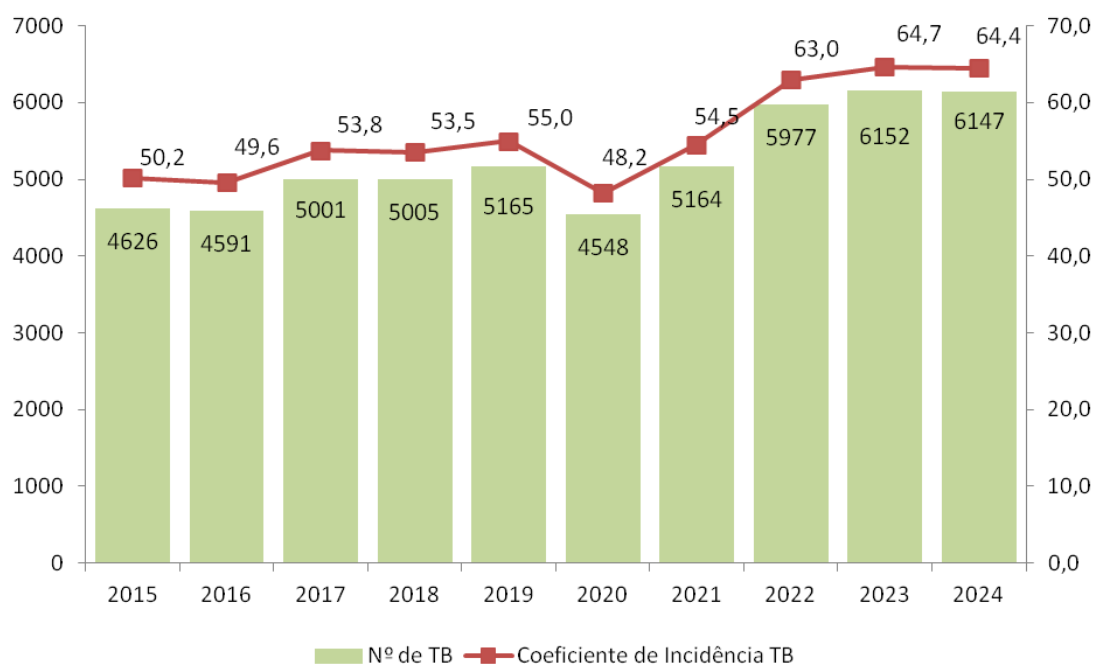
No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, 84.308 casos novos de TB foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2024, correspondendo a uma incidência de 39,7 casos por 100 mil habitantes, o que representa um aumento de 21% no total de casos em comparação ao período de 2020 a 2024, referente ao cenário pós-pandemia de Covid-19. Em relação à mortalidade, no ano de 2023, foram registrados 6.025 óbitos por tuberculose, o que equivale a um coeficiente de mortalidade de 2,8 óbitos por 100 mil habitantes (hab.), ocasionando um aumento de 3% no número de óbitos em relação ao ano de 2022 (Brasil, 2025).

Perfil Epidemiológico

Tuberculose em Pernambuco

Em 2024, Pernambuco ocupou a 7ª posição entre os estados brasileiros com maior coeficiente de incidência de tuberculose (TB). No período de 2015 a 2024, foram registrados 52.376 casos novos da doença no SINAN-TB. Apresentando uma importante redução da incidência no ano de 2020, em razão dos efeitos da pandemia de Covid-19, sobre as ações de vigilância, diagnóstico e acompanhamento de casos. Com a retomada das atividades de controle da tuberculose nos anos subsequentes, verificou-se um aumento exponencial de 32,9% nas notificações. O ano de 2023 apresentou o maior número de casos novos do período, totalizando 6.152 notificações, correspondendo a 11,7% do total registrado na última década. Em 2024, o estado notificou 6.147 novos casos, com coeficiente de incidência de 64,4 casos por 100 mil hab., evidenciando a necessidade de manutenção e fortalecimento das ações de vigilância, diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Figura 1 - Coeficiente de Incidência (casos por 100 mil habitantes) e número de casos novos de tuberculose. Pernambuco, 2015 a 2024^a

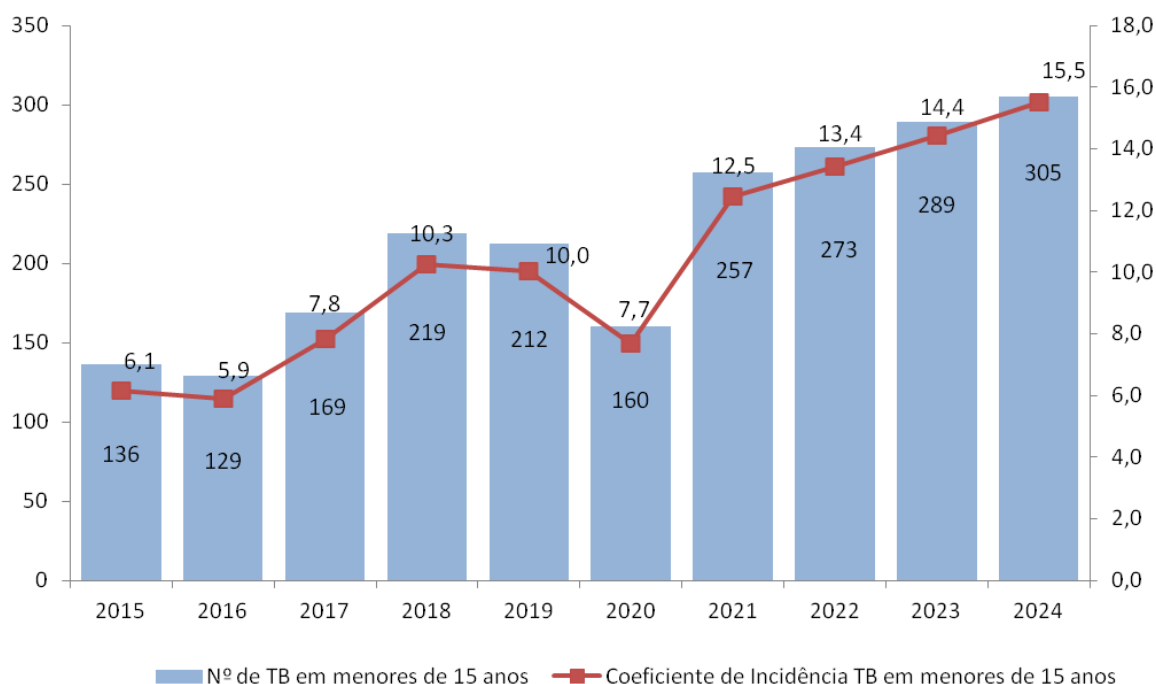


Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE e TABNET. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração.

Tuberculose em menores de 15 anos

A tuberculose em menores de 15 anos está frequentemente associada ao contato de crianças e adolescentes com adultos infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*, indicando que os casos pulmonares bacilíferos possam ter transmitido à doença, contribuindo para o desenvolvimento da tuberculose primária nessa população (Mendes *et al.*, 2021). No período de 2015 a 2025, foram notificados 2.149 casos novos, com um aumento de 124,3% em relação ao ano de 2015. O ano de 2024 apresentou o maior número de registros no período, totalizando 305 notificações, correspondendo a 15,5 casos novos por 100 mil habitantes do total de notificações nos últimos 10 anos.

Figura 2 - Coeficiente de incidência (casos por 100 mil habitantes) e número de casos novos de tuberculose em menores de 15 anos. Pernambuco, 2015 a 2024^a

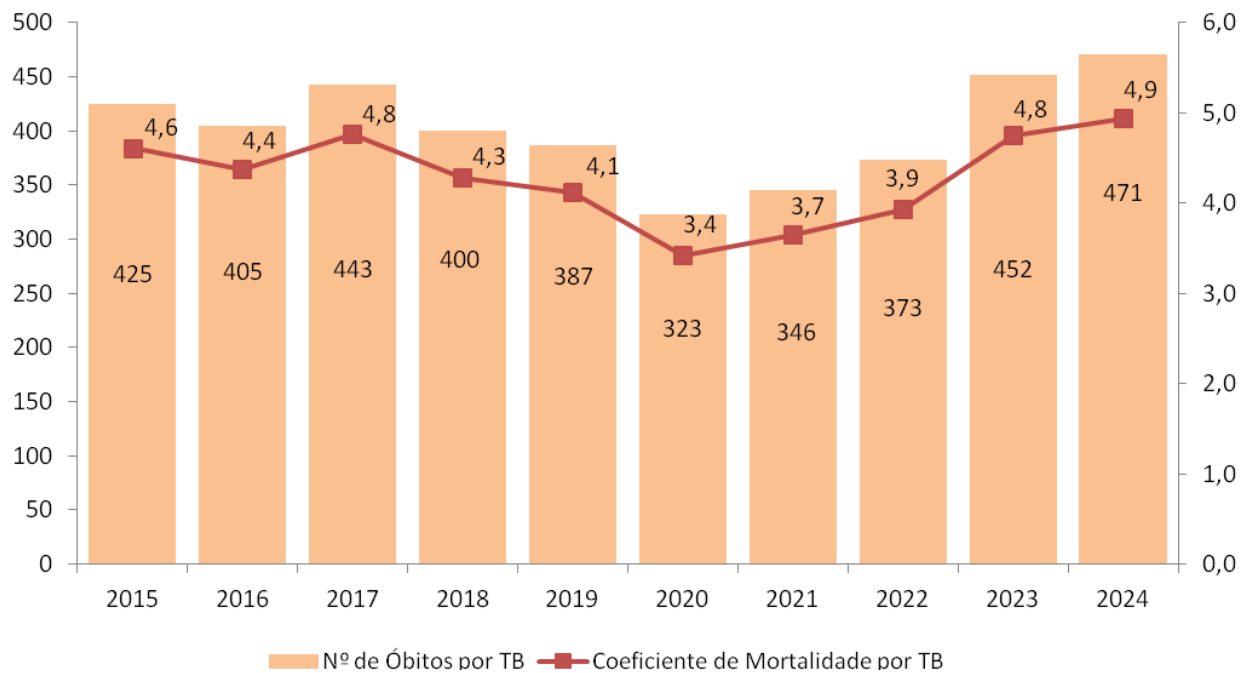


Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE e TABNET. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração.

Coeficiente de Mortalidade

Em 2024, Pernambuco ocupou a 2^a posição entre os estados brasileiros com maior coeficiente de mortalidade por TB. Os óbitos por tuberculose permanecem com um número elevado, tendo um coeficiente de mortalidade superior ao nacional no ano de 2023 (2,8 por 100 mil hab.), refletindo fragilidades na assistência à saúde desses pacientes. No período avaliado, de 2015 e 2016, a mortalidade por tuberculose em Pernambuco manteve-se estável, aumentando em 2017 (4,8 óbitos/100 mil hab.). De 2018 a 2020 houve queda, chegando ao menor valor em todos esses anos em 2020 (3,4 óbitos/100 mil hab.), reflexo dos impactos da pandemia de Covid-19. A partir de 2021, o coeficiente voltou a crescer, alcançando 4,8 óbitos por 100 mil habitantes em 2023, o que representa um aumento de mais de 100 óbitos em comparação a 2021.

Figura 3 - Coeficiente de mortalidade (casos por 100 mil habitantes) e número de casos novos de tuberculose. Pernambuco, 2015 a 2024^a

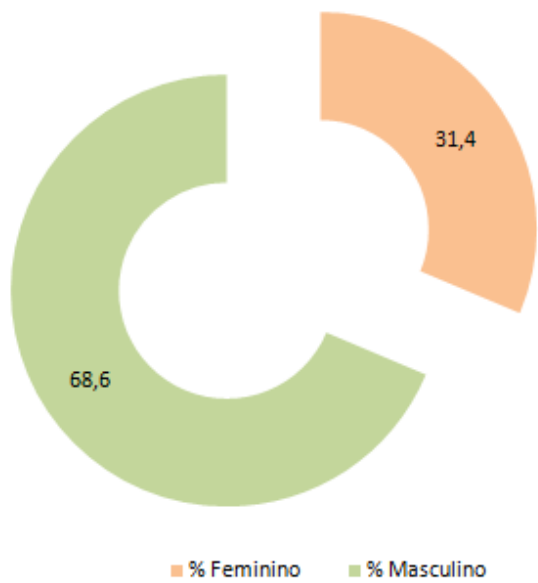


Fonte: SIM/SEVSAP/SES-PE e TABNET. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração.

A investigação do óbito por tuberculose é fundamental tendo em vista que é um desfecho evitável mediante tratamento e assistência adequada. O óbito por tuberculose reflete importantes fragilidades no acesso a serviços de saúde, existência de coinfeção HIV e vulnerabilidades sociais e econômicas. Diante disso, investigar os óbitos é essencial para que os atores envolvidos na linha de cuidado com o doente tenham conhecimento dos fatores associados que podem influenciar nesse desfecho (Brasil, 2017).

Em relação ao perfil sociodemográfico das pessoas com tuberculose, os registros de casos confirmados indicam predominância entre o sexo masculino durante o período analisado, com 35.944 notificações, correspondendo a 68,6% do total. No sexo feminino, foram registrados 16.422 casos, representando 31,4% do total (Brasil, 2025; Duarte Neto *et al.*, 2024).

Figura 4 - Proporção de casos novos de tuberculose por sexo. Pernambuco, 2015 a 2024^a



Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração.

Ao analisar os casos confirmados de TB por faixa etária (Tabela 1), observa-se que a população de 20 a 34 anos apresenta o maior número de casos em todos os anos analisados, destacando-se como o grupo mais afetado. Em seguida, a faixa etária de 35 a 49 anos também apresenta número significativo de notificações. Os resultados enfatizam que o perfil epidemiológico da tuberculose está em pessoas do sexo masculino na população economicamente ativa em conformidade com as análises globais de notificações da doença (Borges; Gonçalves, 2021; Oliveira Cortez *et al.*, 2021; Peer; Schwartz; Green, 2023)

Tabela 1 - Proporção de casos novos de tuberculose por faixa etária. Pernambuco, 2015 a 2024^a

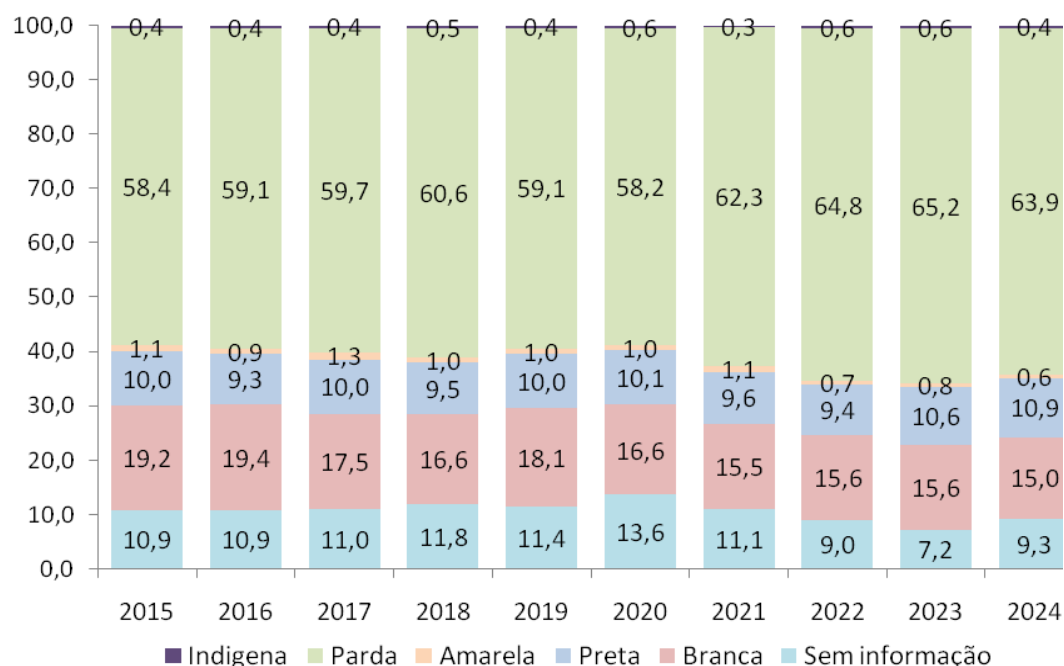
Faixa Etária	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
0 a 4 anos	1,3	1,4	1,3	1,7	1,6	1,4	1,7	2,0	2,0	2,1
5 a 9 anos	0,5	0,6	0,7	1,1	1,1	0,9	1,4	1,2	1,1	1,4
10 a 14 anos	1,2	0,8	1,4	1,5	1,4	1,2	1,9	1,4	1,5	1,4
15 a 19 anos	5,4	6,0	5,7	5,6	4,8	4,8	4,4	4,9	4,3	4,0
20 a 34 anos	36,7	34,8	34,7	34,5	35,7	35,7	36,3	35,2	34,5	34,5
35 a 49 anos	24,0	26,3	26,3	26,1	26,4	26,4	26,4	26,9	25,9	25,5
50 a 64 anos	20,4	20,0	19,6	19,6	18,5	19,1	18,5	19,1	20,0	20,2
65 a 79 anos	8,8	8,4	8,2	8,0	8,3	9,0	7,5	7,6	8,7	8,7
80 anos e mais	1,7	1,7	2,1	1,9	2,2	1,4	2,1	1,8	2,0	2,2
Total	100	100,0	100,0	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração

Em relação à distribuição racial dos casos de tuberculose (Figura 5), a maior proporção de notificações ocorreu entre pessoas que se autodeclararam pardas, com uma média anual de 3.215 casos (61,4%), seguida pela população branca, com média de 879 casos (16,8%). Ao analisar a proporção no ano de 2023 houve uma diminuição na população sem informação (7,2%) e no ano de 2024 apresentou um aumento de notificações entre pessoas pardas (63,9%).

Observa-se também um aumento em todas as populações, exceto na população amarela. Esses dados evidenciam a forte influência dos determinantes socioeconômicos na ocorrência de doenças infectocontagiosas, uma vez que, historicamente, as populações pretas e pardas possuem uma renda menor, limitado acesso aos serviços de saúde e níveis mais baixos de escolaridade, fatores que contribuem significativamente para o surgimento dessas doenças (Tavares *et al.*, 2020; Duarte Neto *et al.*, 2024).

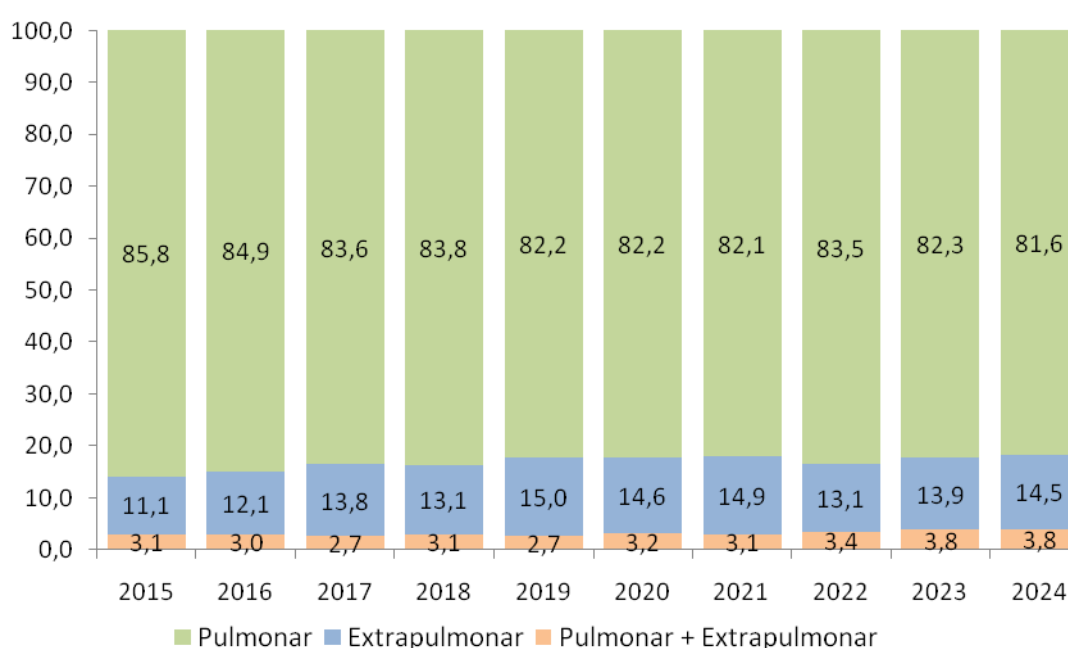
Figura 5 - Proporção de casos novos de tuberculose por raça/cor autodeclarada. Pernambuco, 2015 a 2024^a



Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração.

Quanto à forma clínica, a pulmonar apresentou os maiores percentuais, com uma média de 4.354 casos anuais, o que representa 83,1% dos casos diagnosticados. Considerada a forma de maior frequência e relevância para a saúde pública, por contribuir para a manutenção da cadeia de transmissão da doença (Figura 6), que segundo o Ministério da Saúde (2019) corresponde a aproximadamente 90% dos casos identificados.

Figura 6 - Proporção de casos novos de tuberculose por forma clínica. Pernambuco, 2015 a 2024^a



Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE e TABNET. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração

No que se refere à escolaridade, verifica-se um elevado percentual de registros sem informação, o que compromete a qualidade e a interpretação desse indicador (Tabela 2).

Tabela 2 - Proporção de casos novos de tuberculose por escolaridade. Pernambuco, 2015 a 2024^a

Ano de Diagnóstico	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sem informação	36,6	39,1	38,9	37,8	37,5	41,0	45,7	47,4	43,7	44,8
Analfabeto	6,7	5,7	5,4	5,1	4,6	4,1	3,4	2,9	3,5	3,5
1ª a 4ª série incompleta do EF	13,5	12,0	11,8	12,1	11,3	9,5	9,3	8,6	8,3	7,6
4ª série completa do EF	6,2	6,4	6,3	6,7	6,1	5,5	4,4	4,1	4,1	4,5
5ª a 8ª série incompleta do EF	14,7	12,6	13,2	13,5	13,6	12,8	11,4	10,9	11,8	10,3
Ensino fundamental completo	3,9	4,9	3,9	4,6	5,1	4,9	4,3	4,6	4,9	5,4
Ensino médio incompleto	4,4	5,0	5,4	4,8	5,4	5,3	5,1	5,0	5,3	5,1
Ensino médio completo	9,1	8,8	9,8	9,3	9,9	10,8	9,9	10,2	11,9	11,5
Educação superior incompleta	1,3	1,4	1,4	1,6	1,4	1,4	1,5	1,4	1,1	1,4
Educação superior completa	2,0	2,3	2,2	2,2	3,3	2,9	2,6	2,5	2,7	3,0
Não se aplica	1,5	1,8	1,7	2,3	2,1	1,8	2,4	2,4	2,6	2,8

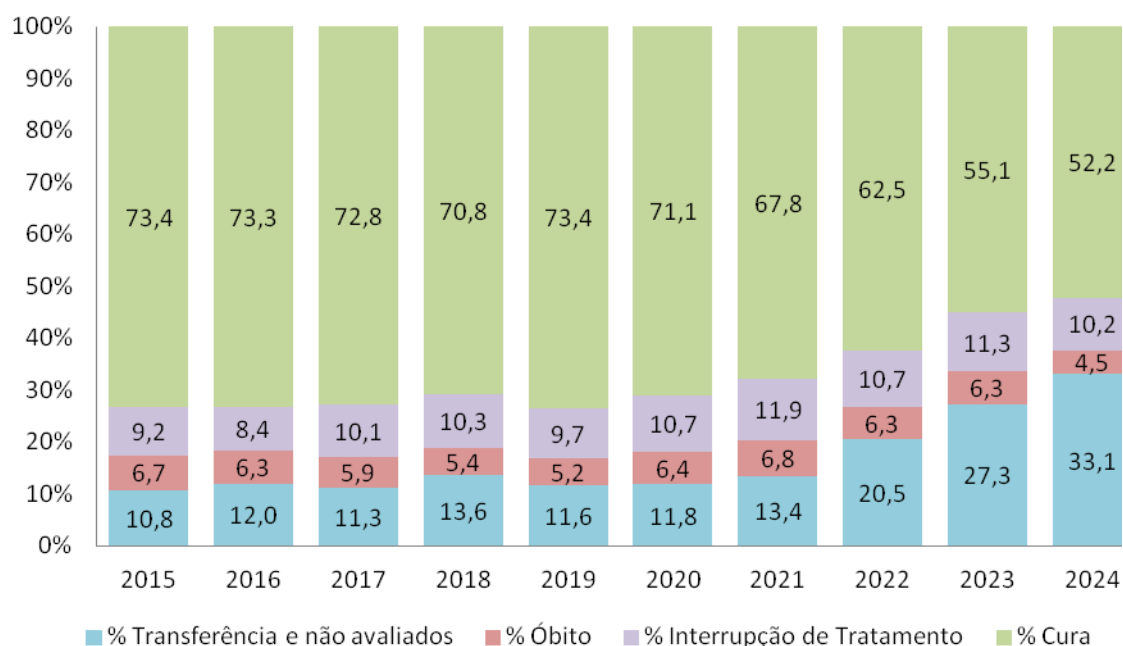
Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração.

As situações de encerramento dos casos novos de TB pulmonar confirmados por critério laboratorial evidenciou mudanças significativas no desempenho dos tratamentos. Em 2015, a cura foi de 73,4% (n= 1.945) e em 2023 de 55,1% (n= 1.930), o que demonstra uma queda no sucesso do tratamento, que reduziu de níveis estáveis em torno de 70% para apenas 52,2% em 2024. Parâmetro inferior à meta de 85% preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em relação à interrupção de tratamento houve oscilação entre 9,2% e 10,2% ao longo do período sem apresentar tendência de redução, cenário que representa um grande desafio, uma vez que, a interrupção do tratamento contribui para a continuidade da transmissão da doença e aumenta a possibilidade de surgimento de resistência medicamentosa. Quanto à proporção de óbitos, permaneceu entre 5% a 7%, mas o aumento de casos com desfecho desconhecido, classificados como “transferência e não avaliados” compromete a confiabilidade dos resultados. Salienta-se que os dados de 2024 ainda estão em andamento, e os casos de tuberculose possuem tempo médio de tratamento de 6 a 9 meses. Dessa forma, os encerramentos dos casos no sistema podem ocorrer em até 12 meses após a conclusão do tratamento.

Visando o sucesso do tratamento, uma medida eficaz seria o Tratamento Diretamente Observado (TDO) que se refere à observação da tomada da medicação por um profissional de saúde, por meio dele é possível analisar dificuldades enfrentadas pelos pacientes e intervir oportunamente caso seja necessário. Objetivando o monitoramento do tratamento das pessoas com TB e uma atuação comprometida e humanizada dos profissionais de saúde (Brasil, 2019).

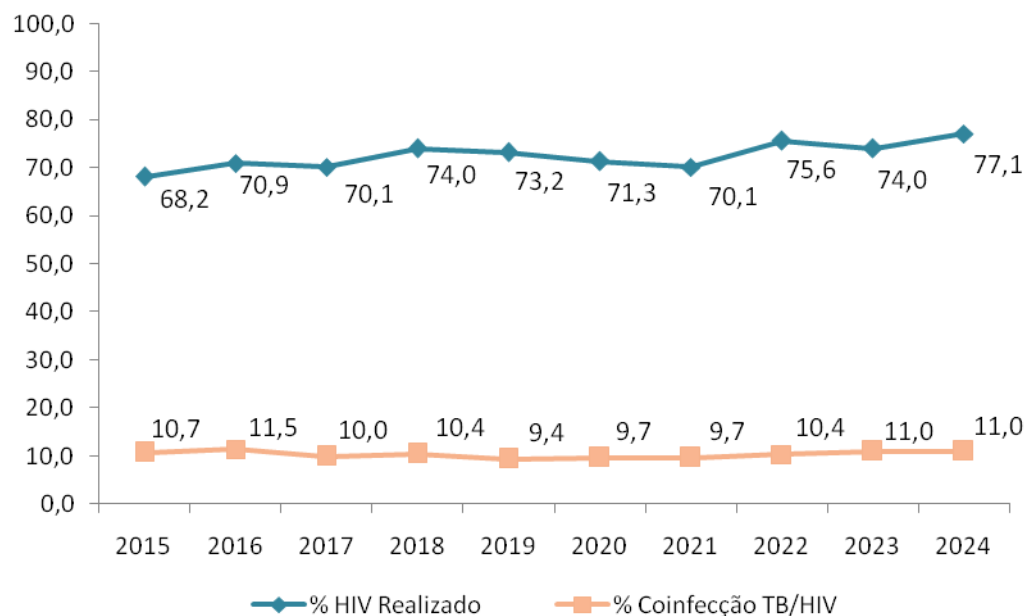
Figura 7 - Proporção de desfechos de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar confirmado por critério laboratorial. Pernambuco, 2015 a 2024^a



Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração. Nota: Os dados de 2024, ainda estão em andamento, considerando que os casos de tuberculose possuem tempo médio de tratamento de 6 a 9 meses. Dessa forma, os encerramentos dos casos no sistema podem ocorrer em até 12 meses após a conclusão do tratamento.

O risco de uma pessoa vivendo com HIV/AIDS desenvolver tuberculose é 23 vezes maior do que na população geral, o que reforça a importância de intensificar as ações para que todos os pacientes com tuberculose realizem a testagem para HIV (Brasil, 2025; Borges; Gonçalves, 2021). Entre os anos de 2015 e 2024, dos 52.376 casos diagnosticados de TB, 72,7% (n=38.076) foram submetidos à testagem para HIV, representando um aumento de 50,3% no número de pessoas testadas. Apesar desse avanço, a taxa de coinfeção TB/HIV manteve-se estável, variando entre 9% e 11%, em consonância com os dados nacionais, que também indicam crescimento na testagem para HIV (Figura 8).

Figura 8 - Proporção de testagem para o HIV e de coinfeção tuberculose-HIV entre os casos novos de tuberculose. Pernambuco, 2015 a 2024^a

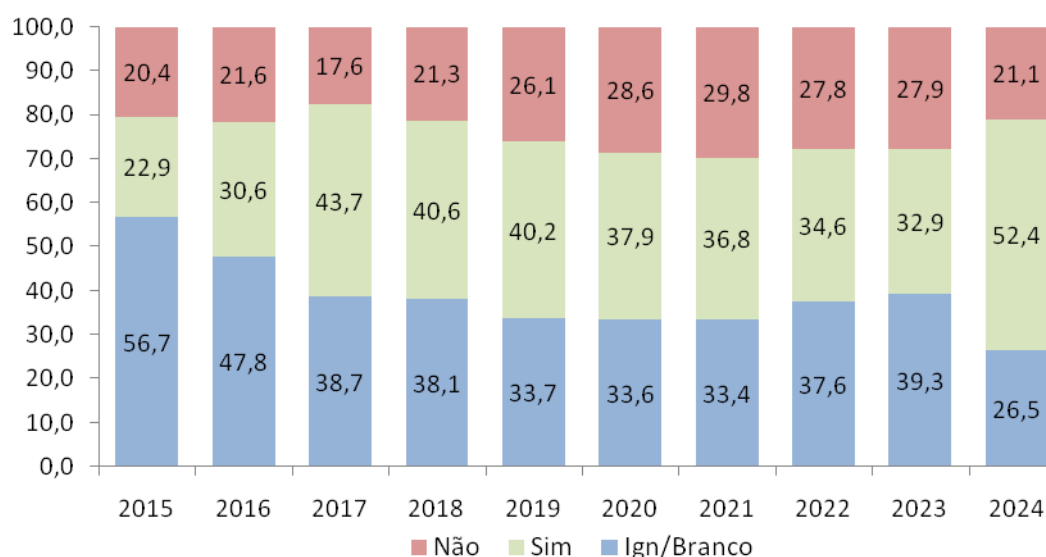


Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração.

A Terapia Antirretroviral (TARV) é o tratamento indicado para controlar a replicação do vírus HIV no organismo. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), o manejo da coinfeção TB/HIV deve incluir o início da TARV até o 7º dia após o início do tratamento da tuberculose, exceto em casos específicos, a fim de reduzir a carga viral e melhorar a resposta imunológica do paciente.

Em Pernambuco, a proporção de pessoas com coinfeção TB-HIV em uso da TARV, apresentou um aumento significativo de 2015 a 2024, de 215% (Figura 9). Esse indicador possibilita identificar os indivíduos que ainda não iniciaram o tratamento antirretroviral, favorecendo intervenções mais oportunas e direcionadas.

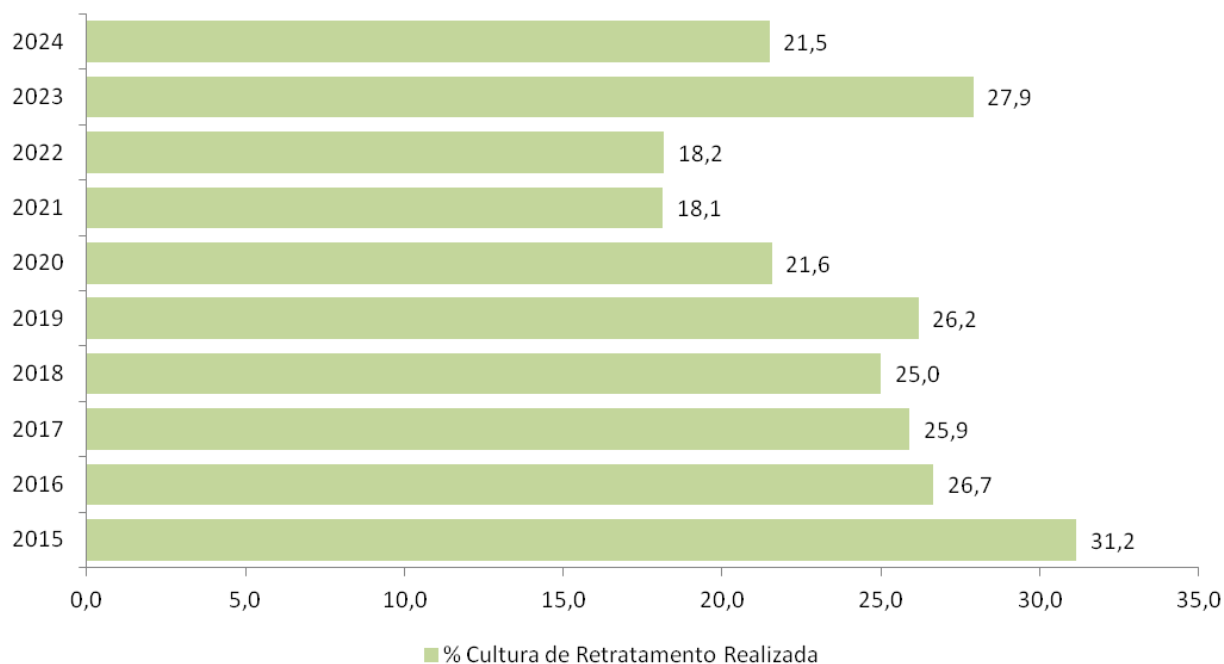
Figura 9 - Percentual de casos novos de coinfeção TB/HIV por uso de TARV. Pernambuco, 2015 a 2024^a



Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração.

A cultura de retratamento é uma ferramenta importante para identificar a presença do *Mycobacterium tuberculosis* em pacientes que já passaram por algum tratamento anteriormente, considerados como recidiva e reingresso após abandono. Fundamental para a identificação da resposta ao tratamento, detectar resistência aos medicamentos e falhas terapêuticas. Observando os dados foi possível destacar uma redução significativa na realização do exame ao longo dos anos, passando de 31,2% em 2015 para 21,5% em 2024 (Figura 10).

Figura 10 - Proporção de Cultura entre os casos de retratamento. Pernambuco, 2015 a 2024^a

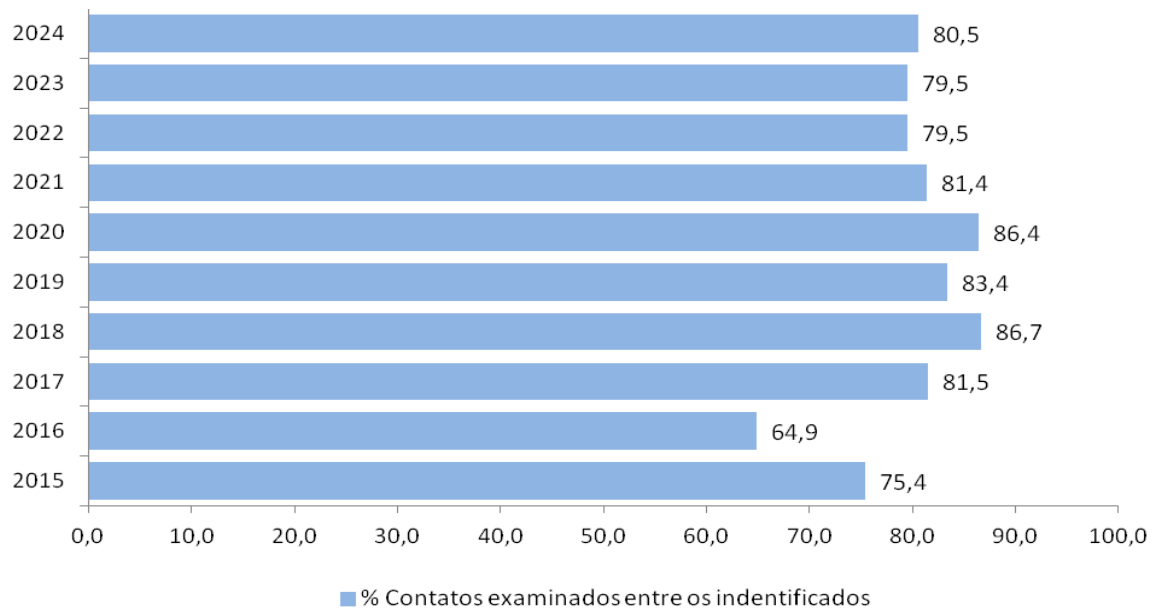


Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração.

O exame de contatos de pessoas com tuberculose (TB) é essencial para interromper a cadeia de transmissão da doença, possibilitando a identificação precoce de casos ativos e de infecções latentes (ILTb), com início oportuno do tratamento preventivo. Entre 2017 e 2024, o indicador de contatos examinados entre os registrados apresentou melhora significativa, alcançando seu pico em 2018 e 2020 (86,7%).

Com o objetivo de fortalecer esse indicador, o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) incorporou a proporção de contatos examinados entre os registrados como um de seus componentes estratégicos, visando aperfeiçoar as ações de vigilância e integrar as práticas entre a vigilância epidemiológica e a atenção básica. A meta preconizada para esse indicador é alcançar pelo menos 70% de contatos examinados. Pernambuco atingiu esse objetivo ao longo dos anos, com exceção do ano de 2016, mas ainda são necessários esforços contínuos para manter altas coberturas, essenciais para a detecção precoce e o controle da tuberculose.

Figura 11 - Proporção de contatos examinados entre os identificados de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial. Pernambuco, 2015 a 2024^a



Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. ^a Dados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração.

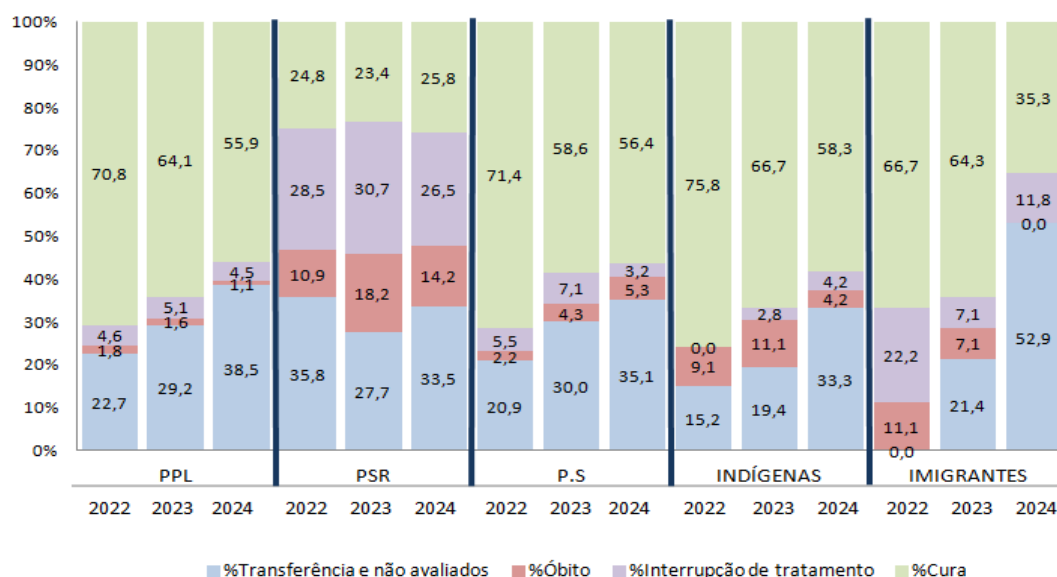
Populações em situação de maior vulnerabilidade

As populações em situação de maior vulnerabilidade são grupos de pessoas que apresentam risco aumentado de adoecimento para TB em comparação com a população em geral, por enfrentarem desafios adicionais na prevenção, diagnóstico e tratamento.

São consideradas como populações especiais de acordo com a ficha de notificação do SINAN: População Privada de Liberdade (PPL), Profissional de saúde (PS), População em Situação de Rua (PSR), Imigrantes e Indígenas. Em relação aos desfechos de tratamento, destaca-se que em 2022 a população indígena alcançou a maior proporção de cura entre as populações específicas (75,8%; n=25) e PPL atingiu o maior número de cura (n=617).

Observou-se aumento de transferências e não avaliados em todos os grupos, destacando-se os imigrantes em 2024 (52,9%; n=9). Vale salientar que os desfechos de tratamento para TB não conhecidos comprometem a análise dos encerramentos.

Figura 12. Proporção de desfechos de tratamento entre os casos novos de tuberculose diagnosticados em populações em situação de maior vulnerabilidade. Pernambuco, 2020 a 2024^a



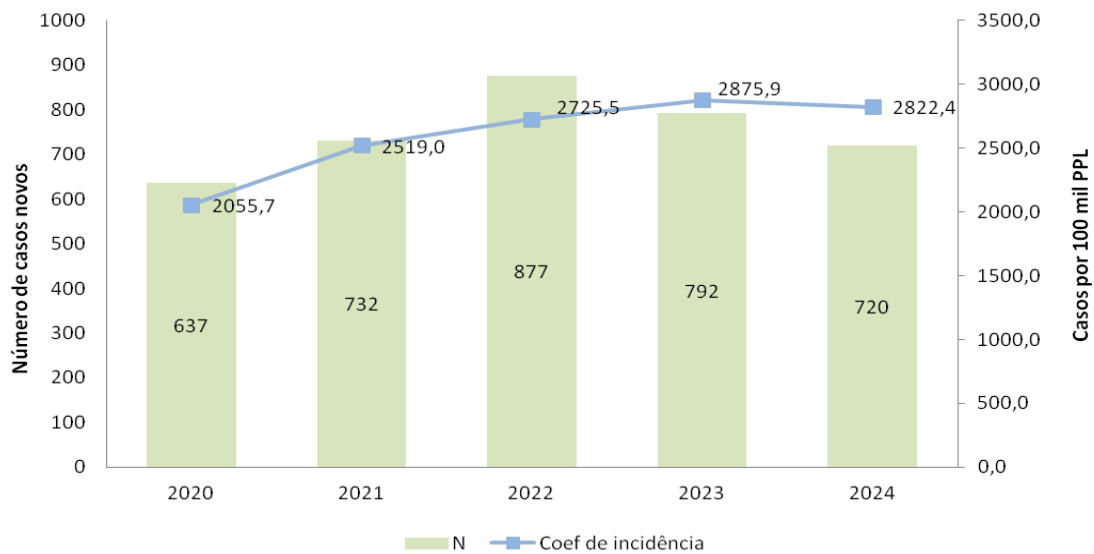
Legenda: PPL= Pessoas Privadas de Liberdade; PSR= Pessoas em Situação de Rua; PS= Profissionais de Saúde.

Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. ^a Dados extraídos em outubro de 2025. Dados preliminares sujeitos a alteração. Preliminares e sujeitos à alteração. Nota: Os dados de 2024, ainda estão em andamento, considerando que os casos de tuberculose possuem tempo médio de tratamento de 6 a 9 meses. Dessa forma, os encerramentos dos casos no sistema podem ocorrer em até 12 meses após a conclusão do tratamento.

Pessoas Privadas de Liberdade

Ao longo da série histórica, observou-se que de 2020 a 2022 houve aumento de progressivo no número de casos que passou de 637 em 2020, para 877 em 2022, apresentando aumento da detecção em 37,7%. Já o ano de 2023 registrou o maior coeficiente de incidência (2875,9 casos por 100 mil PPL). Salienta-se que o risco de adoecimento por tuberculose em PPL é 26 vezes maior em comparação com a população geral, e apresenta os maiores coeficientes de incidência, portanto é fundamental identificar fatores que impactam o surgimento da doença e direcionar ações de controle e prevenção nesta população.

Figura 13. Coeficiente de incidência e número de casos novos de tuberculose em pessoas privadas de liberdade. Pernambuco, 2020 a 2024^a



Legenda: PPL= Pessoas Privadas de Liberdade.

Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. ^a Dados extraídos em outubro de 2025. Dados preliminares sujeitos a alteração.

Tuberculose Drogarresistente

A tuberculose drogarresistente (TB-DR) é resultado da resistência do *Mycobacterium tuberculosis* a pelo menos um dos principais medicamentos utilizados no tratamento da doença, sendo esse um importante problema de saúde pública, visto maior custo e tempo de tratamento, além de pior prognóstico dos pacientes comparado aqueles com TB sensível (Brasil, 2025). A resistência é considerada primária em pacientes sem tratamento prévio para TB, cuja infecção ocorreu por bacilos resistentes, enquanto a adquirida ocorre em pacientes com aderência terapêutica inadequada ou interromperam o tratamento, levando à resistência do bacilo.

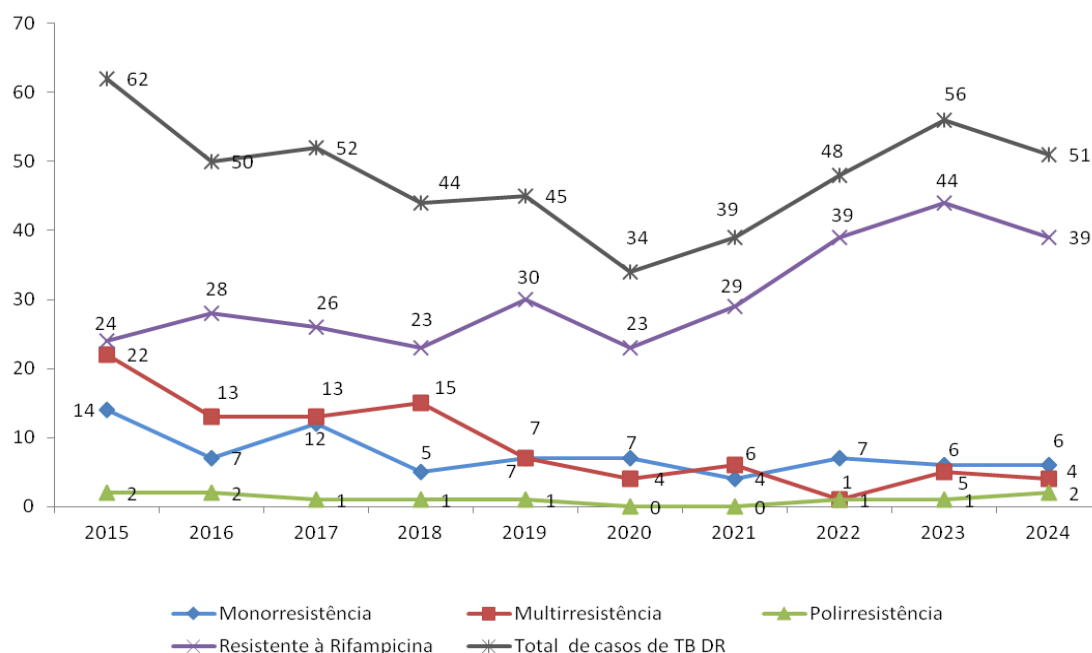
Na série histórica de 2015 a 2024, observaram-se oscilações na prevalência dos casos de resistência primária e adquirida à tuberculose. Nesse período, a resistência secundária apresentou maior proporção de notificações, correspondendo a 58,9% dos casos, enquanto a resistência primária representou 41,1%. Em 2024, Pernambuco ocupou a 7^a posição no ranking de casos novos de TB-DR por unidade federativa.

De acordo com a Nota Técnica Informativa 09/2021, os padrões de resistência bacteriana a apenas um fármaco configuram monorresistência. Polirresistência ocorre

quando há resistência a dois ou mais fármacos de primeira linha, exceto se a resistência estiver associada à rifampicina e isoniazida, nesses casos será caracterizada como multidrogarresistente (TB MDR). Casos de resistência à Rifampicina (TB RR) podem ser identificados pelo teste rápido molecular para a tuberculose (TRM-TB), incorporado ao rastreio de TB em 2014.

No período de 2015 a 2024, Pernambuco notificou 481 casos de TB-DR, destes 63,4% (n=305) dos casos foi de Resistência a Rifampicina (RR), seguido de Tuberculose Drogarresistente (18,9%; n=91), monorresistência (15,5%; n=75) e polirresistência (4%; n=11). Observa-se, contudo, que a resistência à rifampicina (RR) apresenta um padrão de crescimento, enquanto as demais formas de resistência mostram oscilações com tendência à estabilidade. É importante destacar que a ampliação da detecção da resistência à rifampicina foi facilitada pela implementação do teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), que faz parte do rastreio para diagnóstico de doença (Andrade, 2022).

Figura 14- Número de casos novos de tuberculose drogarresistente segundo o padrão de resistência. Pernambuco, 2015 a 2024^a



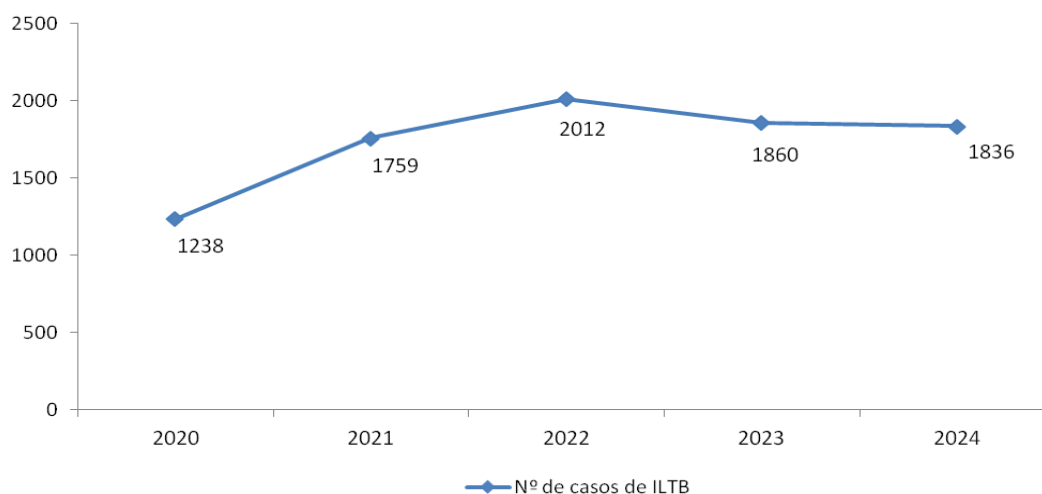
Fonte: Sistema SITE TB/SEVSAP/SES-PE. ^aDados extraídos outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração.

Infecção Latente para a Tuberculose (ILTB)

A vigilância da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) tem como objetivo identificar pessoas infectadas pelo bacilo da tuberculose que ainda não apresentam sinais ou sintomas da forma ativa da doença. Entre suas principais finalidades estão a identificação de indivíduos com maior risco de adoecimento, a detecção de pessoas com ILTB, a indicação e o acompanhamento do tratamento preventivo, bem como o monitoramento e a avaliação da sua realização e efetividade. Entre as pessoas que possuem a maior probabilidade de desenvolver tuberculose ativa, estão às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), contatos recentes de casos de tuberculose, pessoas desnutridas, com diabetes mellitus ou em uso de terapias imunossupressoras.

Em Pernambuco, na série histórica de 2020 a 2024, foram notificados 8.705 novos casos de ILTB. Nesse período houve oscilação no número de casos, com menor número de casos em 2020, o qual pode estar associado à restrição de acesso aos serviços de saúde no período pandêmico. Nota-se que em 2024 houve um crescimento importante do número de casos, representando 48,3% dos casos de todo o período.

Figura 15 - Número de casos novos de ILTB. Pernambuco, 2020 a 2024^a



Fonte: Site ILTB/MS. ^aDados extraídos em outubro/2025. Preliminares e sujeitos à alteração

Considerações Finais

Os resultados apresentados subsidiam o monitoramento dos indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose em Pernambuco, evidenciando avanços na implementação das ações de vigilância em saúde. Contudo, reforçam a persistência de desafios estruturais e assistenciais que impactam diretamente no controle da doença. As informações demonstram um aumento das notificações nos últimos anos, após a redução observada durante o período pandêmico, o que evidencia a necessidade de fortalecer a busca ativa de sintomáticos respiratórios, o diagnóstico precoce e o acompanhamento dos casos, garantindo a adesão e o sucesso terapêutico. A incompletude e inconsistência dos dados constituem um dos principais entraves à produção de informações fidedignas, comprometendo a análise dos casos e dificultando a elaboração de indicadores sensíveis, bem como a definição de estratégias de controle adequadas à realidade observada. Ressalta-se, ainda, a importância do controle social e da articulação intra e intersetorial no enfrentamento da doença e no fortalecimento da vigilância do óbito com menção à tuberculose. Por fim, destaca-se a necessidade de promover discussões sobre a situação epidemiológica da tuberculose, com o objetivo de fomentar a compreensão dos contextos locais, epidemiológicos, de gestão e de assistência, identificar estratégias mais adequadas para o desenvolvimento de ações efetivas e sustentáveis.

Referências

ANDRADE, B. **Impacto da implantação do teste rápido molecular para a tuberculose no Brasil.** [Trabalho técnico ou relatório]. Brasília, DF, 2022. Acesso em: 5 nov. 2025.

ALMEIDA, C. C. da C.; QUINDERÉ, J. A.; SCHMITT, I. A. M. **Perfil epidemiológico de tuberculose infantil no Brasil: um estudo retrospectivo.** *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 6, n. 5, p. 25708-25722, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n5-558.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância do óbito com menção de tuberculose nas causas de morte.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_vigilancia_obito_mencao_tuberculose.pdf. Acesso em: 14 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** 2. ed. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota informativa nº 9/2021 – CGDR/DCCI/SVS/MS: Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2021/nota-informativa-no-9-2021-cgdr-dcci-svs-ms/view>. Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e**

Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos : Módulo 1
: Tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e
Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Brasília, DF, 2024.
Disponível: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-
conteudo/pcdts/pcdt_hiv_modulo_1_2024.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/pcdt_hiv_modulo_1_2024.pdf). Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**. v. número especial, Mar. 25, p. 75, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim-epidemiologico-tuberculose-2025/view>. Acesso em: 8 abr.2025.

BORGES, R. F.; GONÇALVES, S. J. C. **Estudo do perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose na Região de Saúde Centro-Sul (RJ) dos casos confirmados entre 2015 e 2019**. *Revista de Saúde*, v. 12, n. 2, p. 49-58, abr./jul. 2021. Di. Acesso em: 18 out. 2025.

DUARTE NETO, N. C. *et. al.* **Epidemiological profile of tuberculosis cases in Belém-Pará between 2018 and 2022**. *Revista Cereus*, v. 16, n. 2, p. 212-220, 2024. Disponível em: <https://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/4752>. cereus.v16n2p212-220. Acesso em: 25 out. 2025.

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

MENDES, M. da S. *et al.* **Análise espacial da tuberculose em menores de 15 anos de idade e risco socioeconômico: um estudo ecológico na Paraíba, 2007-2016**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, p. e20201038, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/xyz>. Acesso em: 5 nov. 2025.

OLIVEIRA CORTEZ *et. al.* **Tuberculosis in Brazil: one country, multiple realities**. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 47, n. 2, p. e20200119, 2021. Disponível em: <https://www.jornaldepneumologia.com.br/details/3525>. Acesso em: 5 nov. 2025.

PEER, V.; SCHWARTZ, N.; GREEN, M. S. **Gender differences in tuberculosis incidence rates – A pooled analysis of data from seven high-income countries by age group and time.** period. *Frontiers in Public Health*, v. 10, p. 997025, 10 jan. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.997025>. Erratum in: *Frontiers in Public Health*, v. 11, p. 1157235, 21 fev. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1157235>. Acesso em: 29 nov. 2025.

TAVARES, A.M.R. **Perfil epidemiológico da tuberculose no setor prisional no Brasil / Epidemiological profile of tuberculosis in the prisional sector in Brazil. .** *Health Sci. Inst* ; 37(4): 367-371, Oct-Dec 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1359349>. Acesso em: 4 nov.2025.

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

ANEXO - INDICADORES 2023

Tabela 3- Indicadores de Tuberculose segundo as regionais de saúde e seus municípios. Pernambuco, 2023.

Município	Nº de Casos	Coef. Incidência	Nº Óbitos	Coef. Mortalidade	Nº Casos pulmonares com confirmação laboratorial	% Cura	% Interrupção de Tratamento	% Transferência e não avaliados	% HIV realizado
I Geres	4228	100,9	322	7,7	2502	51,5	13,1	29,1	71,9
Abreu e Lima	130	125,4	12	11,6	72	50,0	4,2	38,9	62,3
Araçoiaba	8	40,3	3	15,1	1	100,0	0,0	0,0	87,5
Cabo de Santo Agostinho	129	59,9	8	3,7	80	57,5	15,0	22,5	84,5
Camaragibe	114	73,3	9	5,8	47	70,2	2,1	21,3	86,8
Chã de Alegria	4	29,8	0	0,0	2	100,0	0	0,0	50,0
Chã Grande	12	56,6	0	0,0	2	100,0	0	0,0	50,0
Fernando de Noronha	2	61,6	0	0,0	1	0	0	100,0	50,0
Glória do Goitá	9	29,7	1	3,3	3	100,0	0	0,0	66,7
Igarassu	95	78,4	11	9,1	48	52,1	8,3	25,0	45,3
Ipojuca	81	78,0	10	9,6	27	33,3	25,9	29,6	55,6
Itamaracá	106	418,5	0	0,0	97	57,7	4,1	37,1	88,7
Itapissuma	149	511,0	1	3,4	114	72,8	3,5	22,8	49,7
Jaboatão dos Guararapes	604	88,4	53	7,8	308	60,1	11,7	20,5	66,2
Moreno	24	41,5	4	6,9	12	50,0	8,3	33,3	83,3
Olinda	396	107,6	36	9,8	245	13,1	5,7	75,1	62,1
Paulista	261	72,7	20	5,6	136	10,3	4,4	80,9	54,8
Pombos	11	41,2	1	3,7	7	85,7	0,0	14,3	54,5
Recife	1899	119,3	140	8,8	1179	58,9	19,7	14,8	80,0
São Lourenço da Mata	121	103,4	9	7,7	63	61,9	3,2	20,6	58,7
Vitória de Santo Antão	73,0	51,0	4	2,8	58	27,6	5,2	67,2	90,4
II Geres	226	38,2	20	3,4	137	78,8	6,6	10,2	88,1
Bom Jardim	12	30,5	3	7,6	4	50,0	0,0	0,0	83,3
Buenos Aires	7	52,8	1	7,5	4	25,0	25,0	50,0	100,0
Carpina	30	36,2	3	3,6	19	84,2	0,0	0,0	90,0
Casinhas	4	29,5	1	7,4	2	100,0	0,0	0,0	100,0
Cumarú	6	36,7	0	0,0	3	100,0	0,0	0,0	66,7
Feira Nova	16	72,3	0	0,0	10	60,0	10,0	30,0	93,8
João Alfredo	5	17,2	0	0,0	3	100,0	0,0	0,0	60,0
Lagoa do Carro	7	34,9	0	0,0	3	100,0	0,0	0,0	100,0
Lagoa do Itaenga	3	16,2	0	0,0	4	75,0	0,0	25,0	100,0
Limoeiro	52	88,0	4	6,8	36	86,1	5,6	8,3	100,0
Machados	1	8,6	0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	100,0
Nazaré da Mata	12	37,3	0	0,0	7	71,4	14,3	14,3	75,0
Orobó	10	44,4	0	0,0	2	100,0	0,0	0,0	50,0
Passira	7	23,5	0	0,0	6	83,3	0,0	16,7	100,0
Paudalho	26	43,9	2	3,4	17	64,7	11,8	17,6	80,8
Salgadinho	4	69,2	2	34,6	3	66,7	33,3	0,0	50,0
Surubim	13	19,4	3	4,5	7	100,0	0,0	0,0	84,6
Tracunhaém	3	20,9	0	0,0	3	66,7	33,3	0,0	100,0

Fonte: SinanNet/SEVSAP/SES-PE. Dados extraídos em outubro/2025, sujeitos à alterações.

Tabela 3- Indicadores de Tuberculose segundo as regionais de saúde e seus municípios. Pernambuco, 2023.

Município	Nº de Casos	Coef. Incidência	Nº Óbitos	Coef. Mortalidade	Nº Casos pulmonares com confirmação laboratorial	% Cura	% Interrupção de Tratamento	% Transferência e não avaliados	% HIV realizado
II Geres	226	38,2	20	3,4	137	78,8	6,6	10,2	88,1
Vertente do Lério	0	0,0	0	0,0	0	-	-	-	-
Vicência	8	28,9	1	3,6	3	100,0	0,0	0,0	100,0
III Geres	298	56,5	17	3,2	165	69,7	7,3	16,4	77,9
Água Preta	14	50,5	0	0,0	10	60,0	30,0	0,0	64,3
Amaraji	11	58,7	1	5,3	8	75,0	12,5	12,5	90,9
Barreiros	27	64,0	4	9,5	11	81,8	9,1	0,0	100,0
Belém de Maria	2	18,3	0	0,0	0	-	-	-	100,0
Catende	22	65,2	1	3,0	12	83,3	0,0	16,7	86,4
Cortês	4	37,5	0	0,0	1	0,0	100,0	0,0	100,0
Escada	40	63,9	2	3,2	19	68,4	5,3	15,8	77,5
Gameleira	5	27,1	0	0,0	4	0,0	0,0	75,0	80,0
Jaqueira	4	37,8	0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	100,0
Joaquim Nabuco	3	21,9	1	7,3	2	100,0	0,0	0,0	66,7
Lagoa dos Gatos	7	48,3	0	0,0	2	50,0	0,0	50,0	42,9
Maraial	7	72,7	2	20,8	7	57,1	0,0	42,9	100,0
Palmares	52	91,1	1	1,8	35	85,7	0,0	5,7	78,8
Primavera	7	48,8	0	0,0	2	0,0	0,0	100,0	42,9
Quipapá	3	16,4	1	5,5	0	-	-	-	33,3
Ribeirão	9	25,7	1	2,9	5	40,0	20,0	40,0	22,2
Rio Formoso	6	29,1	0	0,0	5	80,0	0,0	20,0	83,3
São Benedito do Sul	0	0,0	0	0,0	0	-	-	-	-
São José da Coroa Grande	12	61,7	1	5,1	7	42,9	28,6	14,3	66,7
Sirinhaém	28	70,9	1	2,5	13	46,2	7,7	38,5	82,1
Tamandaré	22	90,5	1	4,1	14	85,7	7,1	7,1	72,7
Xexéu	13	108,8	0	0,0	7	85,7	0,0	0,0	84,6
IV Geres	581	41,6	31	2,2	319	50,8	7,2	37,9	71,3
Agrestina	6	24,5	0	0,0	3	33,3	0,0	33,3	50,0
Alagoinha	2	13,9	0	0,0	0	-	-	-	100,0
Altinho	8	37,6	0	0,0	3	0,0	33,3	66,7	0,0
Barra de Guabiraba	7	55,3	0	0,0	0	-	-	-	14,3
Belo Jardim	21	25,3	4	4,8	10	60,0	0,0	40,0	81,0
Bezerros	19	29,4	1	1,5	8	62,5	12,5	25,0	78,9
Bonito	16	40,9	1	2,6	15	73,3	13,3	0,0	81,3
Brejo da Madre de Deus	10	19,7	1	2,0	6	66,7	33,3	0,0	70,0
Cachoeirinha	5	24,4	1	4,9	3	33,3	0,0	33,3	100,0
Camocim de São Félix	4	22,3	0	0,0	2	100,0	0,0	0,0	50,0
Caruaru	216	54,5	9	2,3	123	20,3	4,1	74,0	69,0
Cupira	14	57,7	1	4,1	2	50,0	50,0	0,0	64,3
Frei Miguelinho	7	49,6	1	7,1	2	0,0	0,0	50,0	28,6
Gravatá	47	51,7	2	2,2	19	89,5	5,3	5,3	80,9
Ibajuba	0	0,0	0	0,0	0	-	-	-	-
Jataúba	4	24,5	0	0,0	4	25,0	25,0	50,0	50,0
Jurema	3	21,3	0	0,0	3	66,7	0,0	33,3	33,3
Panelas	8	33,7	1	4,2	1	100,0	0,0	0,0	75,0

Fonte: SinanNet/SEVSAP/SES-PE. Dados extraídos em outubro/2025, sujeitos à alterações.

Tabela 3- Indicadores de Tuberculose segundo as regionais de saúde e seus municípios. Pernambuco, 2023.

Município	Nº de Casos	Coef. Incidência	Nº Óbitos	Coef. Mortalidade	Nº Casos pulmonares com confirmação laboratorial	% Cura	% Interrupção de Tratamento	% Transferência e não avaliados	% HIV realizado
IV Geres	581	41,6	31	2,2	319	50,8	7,2	37,9	71,3
Pesqueira	33	50,5	3	4,6	26	80,8	3,8	11,5	84,8
Poção	0	0,0	0	0,0	0	-	-	-	-
Riacho das Almas	5	23,5	0	0,0	3	33,3	0,0	66,7	40,0
Sairé	2	17,8	0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	50,0
Sanharó	9	47,0	0	0,0	4	75,0	0,0	25,0	55,6
Santa Cruz do Capibaribe	57	55,2	2	1,9	32	87,5	6,3	6,3	94,7
Santa Maria do Cambucá	3	20,7	0	0,0	3	66,7	0,0	33,3	66,7
São Bento do Una	15	29,1	0	0,0	9	44,4	33,3	0,0	60,0
São Caitano	13	33,4	0	0,0	9	77,8	11,1	11,1	53,8
São Joaquim do Monte	9	44,0	0	0,0	7	71,4	28,6	0,0	55,6
Tacaimbó	15	105,6	0	0,0	11	81,8	0,0	18,2	86,7
Taquaritinga do Norte	8	31,4	1	3,9	3	66,7	0,0	0,0	87,5
Toritama	10	23,2	2	4,6	5	40,0	0,0	20,0	70,0
Vertentes	5	22,1	1	4,4	2	0,0	0,0	100	40,0
V Geres	140	24,9	9	1,6	63	61,9	9,5	23,8	70,7
Águas Belas	9	20,6	2	4,6	3	100,0	0,0	0,0	55,6
Angelim	7	66,2	0	0,0	7	71,4	0,0	28,6	0,0
Bom Conselho	8	17,3	1	2,2	2	100,0	0,0	0,0	37,5
Brejão	3	32,0	0	0,0	2	50,0	0,0	0,0	100,0
Caetés	1	3,3	0	0,0	0	-	-	-	100,0
Calçado	1	8,7	0	0,0	1	0,0	0,0	100,0	0,0
Canhotinho	8	31,8	0	0,0	6	50,0	0,0	33,3	87,5
Capoeiras	2	10,5	0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	50,0
Correntes	3	17,0	0	0,0	2	0,0	0,0	100,0	33,3
Garanhus	54	36,0	4	2,7	22	59,1	27,3	9,1	90,7
Iati	3	16,9	0	0,0	0	-	-	-	66,7
Itaíba	4	12,1	0	0,0	2	50,0	0,0	50,0	50,0
Jucati	2	16,8	0	0,0	1	0,0	0,0	100,0	50,0
Jupi	1	6,3	1	6,3	0	-	-	-	100,0
Lagoa do Ouro	0	0,0	0	0,0	0	-	-	-	-
Lajedo	15	36,1	1	2,4	5	100,0	0,0	0,0	73,3
Palmeirina	2	27,6	0	0,0	2	0,0	0,0	100,0	0,0
Paranatama	4	31,7	0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	25,0
Saloá	4	28,0	0	0,0	3	33,3	0,0	66,7	100,0
São João	9	36,6	0	0,0	3	100,0	0,0	0,0	77,8
Terezinha	0	0,0	0	0,0	0	-	-	-	-
VI Geres	157	36,2	10	2,3	66	65,2	7,6	21,2	75,8
Arcoverde	59	72,7	4	4,9	11	90,9	9,1	0,0	88,1
Buíque	23	42,2	1	1,8	12	50,0	8,3	25,0	91,3
Custódia	11	28,2	0	0,0	3	66,7	0,0	33,3	72,7
Ibimirim	5	17,4	0	0,0	3	100,0	0,0	0,0	20,0
Inajá	6	22,3	0	0,0	5	60,0	0,0	20,0	83,3
Jatobá	6	41,5	0	0,0	5	80,0	0,0	0,0	50,0

Fonte: SinanNet/SEVSAP/SES-PE. Dados extraídos em outubro/2025, sujeitos à alterações.

Tabela 3- Indicadores de Tuberculose segundo as regionais de saúde e seus municípios. Pernambuco, 2023.

Município	Nº de Casos	Coef. Incidência	Nº Óbitos	Coef. Mortalidade	Nº Casos pulmonares com confirmação laboratorial	% Cura	% Interrupção de Tratamento	% Transferência e não avaliados	% HIV realizado
VI Geres	157	36,2	10	2,3	66	65,2	7,6	21,2	75,8
Manari	3	11,4	0	0,0	1	0,0	0,0	100,0	66,7
Pedra	11	46,8	1	4,3	6	66,7	0,0	33,3	90,9
Petrolândia	16	44,6	0	0,0	12	58,3	25,0	16,7	37,5
Sertânia	6	17,5	1	2,9	2	100,0	0,0	0,0	66,7
Tacaratu	5	20,3	1	4,1	3	0,0	0,0	100,0	60,0
Tupanatinga	3	11,2	2	7,5	1	100,0	0,0	0,0	33,3
Venturosa	3	17,1	0	0,0	2	50,0	0,0	50,0	100,0
VII Geres	53	36,1	1	0,7	20	70,0	0,0	20,0	96,2
Belém de São Francisco	4	21,2	0	0,0	2	50,0	0,0	0,0	75,0
Cedro	1	9,2	0	0,0	0	-	-	-	100,0
Mirandiba	0	0,0	0	0,0	0	-	-	-	-
Salgueiro	39	59,9	0	0,0	12	75,0	0,0	25,0	100,0
Serrita	7	37,3	0	0,0	4	75,0	0,0	0,0	85,7
Terra Nova	2	21,7	1	10,9	2	50,0	0,0	50,0	100,0
Verdejante	0	0,0	0	0,0	0	-	-	-	-
VIII Geres	105	18,9	14	2,5	43	67,4	11,6	9,3	93,3
Afrânio	1	5,2	0	0,0	0	-	-	-	0,0
Cabrobó	7	22,0	2	6,3	5	80,0	0,0	0,0	71,4
Dormentes	1	5,6	2	11,3	1	0,0	0,0	0,0	100,0
Lagoa Grande	6	24,2	0	0,0	4	50,0	50,0	0,0	83,3
Orocó	3	21,4	0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	66,7
Petrolina	82	20,2	10	2,5	31	67,7	9,7	12,9	97,6
Santa Maria da Boa Vista	5	11,7	0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	100,0
IX Geres	81	22,9	5	1,4	42	57,1	11,9	21,4	87,7
Arapipina	22	24,6	1	1,1	14	64,3	14,3	21,4	95,5
Bodocó	5	13,8	0	0,0	3	33,3	0,0	66,7	100,0
Exu	4	12,0	0	0,0	0	-	-	-	75,0
Granito	1	13,9	0	0,0	0	-	-	-	100,0
Ipubi	11	36,2	1	3,3	5	80,0	0,0	20,0	90,9
Moreilândia	1	9,2	0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	100,0
Ouricuri	17	24,9	1	1,5	11	45,5	27,3	9,1	100,0
Parnamirim	3	15,6	1	5,2	1	0,0	0,0	100,0	33,3
Santa Cruz	3	21,0	0	0,0	0	-	-	-	0,0
Santa Filomena	1	8,0	0	0,0	0	-	-	-	100,0
Trindade	13	41,0	1	3,2	7	57,1	0,0	14,3	84,6
X Geres	47	24,4	0	0	21	81,0	4,8	4,8	72,3
Afogados da Ingazeira	11	26,2	0	0,0	6	100,0	0,0	0,0	81,8
Brejinho	5	62,6	0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	40,0
Carnaíba	7	35,8	0	0,0	3	100,0	0,0	0,0	71,4
Iguaraci	4	35,0	0	0,0	2	50,0	0,0	0,0	100,0
Ingazeira	0	0,0	0	0,0	0	-	-	-	-
Itapetim	3	21,1	0	0,0	3	66,7	33,3	0,0	100,0
Quixabá	1	14,8	0	0,0	0	-	-	-	0,0

Fonte: SinanNet/SEVSAP/SES-PE. Dados extraídos em outubro/2025, sujeitos à alterações.

Tabela 3- Indicadores de Tuberculose segundo as regionais de saúde e seus municípios. Pernambuco, 2023.

Município	Nº de Casos	Coef. Incidência	Nº Óbitos	Coef. Mortalidade	Nº Casos pulmonares com confirmação laboratorial	% Cura	% Interrupção de Tratamento	% Transferência e não avaliados	% HIV realizado
X Geres	47	24,4	0	0	21	81,0	4,8	4,8	72,3
Santa Terezinha	4	37,9	0	0,0	2	50,0	0,0	0,0	75,0
São José do Egito	3	9,2	0	0,0	0	-	-	-	66,7
Solidão	1	18,5	0	0,0	0	-	-	-	100,0
Tabira	5	17,3	0	0,0	2	50,0	0,0	50,0	60,0
Tuparetama	3	36,4	0	0,0	2	100,0	0,0	0,0	66,7
XI Geres	73	29,5	6	2,4	32	87,5	0,0	6,3	87,7
Betânia	5	41,5	1	8,3	5	80,0	0,0	0,0	100,0
Calumbi	3	55,9	0	0,0	3	66,7	0,0	33,3	100,0
Carnaubeira da Penha	4	31,9	0	0,0	3	66,7	0,0	33,3	100,0
Flores	3	14,3	1	4,8	1	100,0	0,0	0,0	66,7
Floresta	14	44,4	1	3,2	9	100,0	0,0	0,0	92,9
Itacuruba	3	67,4	0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	33,3
Santa Cruz da Baixa Verde	1	8,4	0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	100,0
São José do Belmonte	7	19,1	2	5,5	3	66,7	0,0	0,0	71,4
Serra Talhada	32	33,0	1	1,0	6	100,0	0,0	0,0	93,8
Triunfo	1	6,6	0	0,0	0	-	-	-	0,0
XII Geres	143	45,4	14	4,4	89	70,8	2,2	18,0	81,8
Aliança	17	45,3	3	8,0	10	100,0	0,0	0,0	88,2
Camutanga	1	12,5	0	0,0	0	-	-	-	0,0
Condado	15	59,1	3	11,8	8	37,5	0,0	12,5	80,0
Ferreiros	4	25,7	1	6,4	2	100,0	0,0	0,0	75,0
Goiana	42	49,6	4	4,7	23	87,0	0,0	13,0	90,5
Itambé	7	19,1	1	2,7	6	66,7	0,0	16,7	71,4
Itaquitinga	28	163,7	0	0,0	21	52,4	4,8	38,1	82,1
Macaparana	4	16,2	0	0,0	2	50,0	0,0	50,0	50,0
São Vicente Ferrer	4	23,3	0	0,0	3	66,7	0,0	0,0	50,0
Timbaúba	21	43,6	2	4,1	14	71,4	7,1	14,3	81,0
Pernambuco	6.132		452	4,8	3499	55,2	11,3	27,3	74,0

Fonte: SinanNet/SEVSAP/SES-PE. Dados extraídos em outubro/2025, sujeitos à alterações.