

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
Divisão de TUBERCULOSE



**Sistema de Informação**  
*- Instrumento de Registro  
para preenchimento manual*



# *Tuberculose*

**Sistema de Informação**



*2ª edição*

**Instrumento de Registro  
*para preenchimento manual***

---



## I. BUSCA ATIVA

### ▪ A) Exercício 1– Sintomático Respiratório

Assinale se vai ou não para o livro de registro do SR.

1) Roberto Pereira, 30 anos que tem tosse e febre há um dia e não colheu baciloscopia.

Sim Não

2) Pedro Silva, 22 anos, dor de cabeça e nas articulações, não colheu baciloscopia.

Sim Não

3) Carmem Moreira., 33 anos que tem tosse há uma semana e não colheu baciloscopia.

Sim Não

4) Bruno José Campos, 40 anos que tem tosse há 3 semanas e não colheu baciloscopia.

Sim Não

5) Renato Gomes de Sá, 60 anos, tosse há 4 semanas, colheu baciloscopia com resultado positivo.

Sim Não

6) Joaquim Santos, 22 anos, com febre há 4 dias, não colheu baciloscopia.

Sim Não



## ▪ B) Exercício 2 – Sintomático Respiratório – continuação

7) Ivaneide Ruiz França, 29 anos, tosse há 2 meses, colheu baciloscopia com resultado positivo.

Sim Não

8) João Pedreira Romão, diabético, 45 anos com tosse há 15 dias, colheu baciloscopia no dia e não colheu segunda amostra. O resultado foi negativo.

Sim Não

9) Maria do Carmo, 70 anos, tosse há 25 dias com febre, colheu baciloscopia com resultado positivo.

Sim Não

10) Joaquim Teixeira, 35 anos com tosse há 3 semanas, colheu 2 amostras de baciloscopia em dias alternados. O resultado de ambas foi negativo.

Sim Não

11) Wilson Sebastião, 19 anos, ex-presidiário, apresenta tosse há 15 dias, colhido baciloscopia, resultado positivo.

Sim Não

## ▪ B) Exercício 2 – Sintomático Respiratório

Se respondeu “sim”, favor escrever no livro de registro do SR.



# Registro do SR no Serviço de Saúde

**CVE** CENTRO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA  
“Prof. Alexandre Vranjac”

## REGISTRO do SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO no SERVIÇO de SAÚDE

SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DE  
**SÃO PAULO**  
CUIDANDO DE GENTE



**Organização Pan Americana da Saúde**



**Organização Pan Americana da Saúde**





# Registro do SR no Serviço de Saúde



Organização Pan Americana da Saúde



Organização Mundial da Saúde

**CVE** CENTRO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA  
"Prof. Alexandre Vranjac"

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

O Registro de Sintomático respiratório, é instrumento de informação, sendo de caráter confidencial as informações aqui registradas. Deve ser cuidadosamente protegido contra danos e extravios. Neste Livro, devem ser registrados todos os Sintomáticos identificados pelo Serviço de Saúde.

### Identificação

Serviço / Unidade de Saúde: Escrever de forma legível o nome completo do Serviço / Unidade de Saúde.

UF: Escrever o nome da Unidade Federada.

Número Sequencial ou de Ordem: Registrar o número sequencial ou de ordem, anual de acordo com a identificação (registro) do Sintomático Respiratório, no serviço de saúde. Ex. Nº 01 em 1º de janeiro, sucessivamente até o dia 31 de Dezembro.

Nome: Escrever o nome completo do usuário.

Idade: Escrever a idade exata ou aproximada do usuário.

Sexo: Escrever "M" para Masculino e "F" para Feminino.

Endereço: Escrever o endereço completo, inclusive número de telefone para contato.

D.A.: campo a ser preenchido pelo Município de São Paulo com os códigos do Distrito Administrativo.

Data da identificação do Sintomático Respiratório e coleta da 1ª amostra: escrever dia, mês e ano, ex: 20/10/2003.

Exames de Escarro para Diagnóstico (baciloscopia).

Data do Resultado: Escrever o dia, mês e ano do resultado do exame.  
**Ex: 20/10/2003.**

1ª e 2ª Amostra: Registrar o resultado do exame de escarro para o diagnóstico (BAAR) de acordo com o seguinte critério: +/+/+/+ para os casos positivos e NEG. para os casos negativos.

Registrar na coluna - **Observações**, os dados não especificados e que são considerados importantes.

Sintomático Respiratório - pessoa com tosse **por três** semanas ou mais.

A busca do Sintomático Respiratório é uma atividade prioritária do Programa de Controle da Tuberculose e pode ser desenvolvida por **TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**





- **C) Exercício 3 – Mapa de Registro Do Interrogatório da Busca Ativa**

Baseado nos dados do exercício 1, preencha o mapa de registro do interrogatório da Busca Ativa.

- **D) Exercício 4 – Condensado Semanal**

Preencha o Condensado Semanal de acordo com o exercício 3.





**MAPA DE REGISTRO DE INTERROGATÓRIO DO - SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO**

UNIDADE DE SAÚDE	PSF/ACS
LOCAL DO INTERROGATÓRIO	

**MANHÃ DATA: / /**

001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014
015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028
029	030	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042
043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056
057	058	059	060	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070
071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084
085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098
099	100												

**SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO**


**MANHÃ DATA: / /**

001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014
015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028
029	030	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042
043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056
057	058	059	060	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070
071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084
085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098
099	100												

**SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO**


**MANHÃ DATA: / /**

001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014
015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028
029	030	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042
043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056
057	058	059	060	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070
071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084
085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098
099	100												

**SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO**


**MANHÃ DATA: / /**

001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014
015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028
029	030	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042
043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056
057	058	059	060	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070
071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084
085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098
099	100												

**SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO**


**MANHÃ DATA: / /**

001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014
015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028
029	030	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042
043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056
057	058	059	060	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070
071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084
085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098
099	100												

**SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO**


# Mapa de Registro de Interrogatório de Busca Ativa



# Consolidado Semanal do SR

Preenchido na UBS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
**CONSOLIDADO SEMANAL  
DO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO**

**CVE** CENTRO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA  
"Prof. Alexandre Vranjac"

UNIDADE DE SAÚDE	
REGIONAL	MUNICÍPIO
SEMANA	

<b>Busca Ativa</b>		<b>Número</b>
Total de pessoas interrogadas	Unidade de saúde	
	domicílio (PSF/PACS)	
Total de SR identificados		
Total de 1ª amostras realizadas		
Total de Baciloscopias positivas		



## ▪ E) Exercício 5 – Diagnóstico

**Em relação à solicitação dos exames diagnósticos, analise a situação dos 2 pacientes e preencha a solicitação da baciloscopia e cultura dos seguintes pacientes:**

• **Caso 1** – Renata Joana Peixoto, 28 anos, sexo feminino, residente na Viala Porto do Sol, 36 – Pq. Jurema, Pimentas em Guarulhos/SP. Ela foi à UBS do bairro, pois vem se sentindo fraca, perdendo peso e com febre e com tosse há mais de um mês.

**O médico solicitou quais exames:**

Raio-X de tórax.

Tomografia de tórax.

Biópsia de pleura.

Baciloscopia do escarro.

Cultura do escarro.



## ▪ Exercício 5 – Diagnóstico (continuação)

• **Caso 2** – André Visconde Souza, 42 anos, sexo masculino, residente na Rua 7, casa 15 – Vila Joaquim em Mauá/SP. Ele foi à UBS Vila Joaquim, pois já tinha ido ao Hospital Municipal e lá prescreveram um xarope para ele. O exame para HIV dele deu positivo. Ele tem tido tosse há mais de 2 meses, emagreceu 7 quilos e tem suores noturnos além de febre.

**O médico solicitou quais exames:**

Raio-X de tórax.

Tomografia de tórax.

Biópsia de pleura.

Baciloscopia do escarro.

Cultura do escarro.

• **Preencha a solicitação de baciloscopia e cultura com base no caso 2:**





# Solicitação de Baciloscopia



DIVISÃO DE TUBERCULOSE

Solicitação de Baciloscopia  
Pesquisa de BAAR-TB

DATA DE ENTRADA  
NO LABORATÓRIO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº GERAL

UNIDADE DE SAÚDE				DIR		
NOME				Nº DO PRONTUÁRIO		
ENDEREÇO						
DIST. ADM.		MUNICÍPIO		CEP	(DDD) FÔNE	
DATA DE NASCIMENTO		IDADE	SEXO			
____/____/____		____	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMININO		
MATERIAL ENVIADO				DATA DA COLETA		
<input type="checkbox"/> ESCARRO OUTRO: _____				____/____/____		
DIAGNÓSTICO		<input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRATAMENTO	<input type="checkbox"/> 1º MÊS	<input type="checkbox"/> 2º MÊS	<input type="checkbox"/> 3º MÊS	<input type="checkbox"/> 4º MÊS
<input type="checkbox"/> 1ª AMOSTRA	<input type="checkbox"/> ____ AMOSTRA		<input type="checkbox"/> 5º MÊS	<input type="checkbox"/> 6º MÊS	<input type="checkbox"/> ____ MÊS	

<b>RESULTADO DA BACILOSCOPIA</b>	
<input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> POSITIVA DE 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> POSITIVA (+) <input type="checkbox"/> POSITIVA (++) <input type="checkbox"/> POSITIVA (+++)	
<b>ASPECTO DO ESCARRO</b>	
<input type="checkbox"/> MUCOPURULENTO <input type="checkbox"/> PURULENTO <input type="checkbox"/> SANGUINOLENTO <input type="checkbox"/> SALIVA <input type="checkbox"/> LIQUEFEITO	
<b>OBSERVAÇÃO</b>	
DATA DA SAÍDA	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME
____/____/____	





DIVISÃO DE  
TUBERCULOSE

Solicitação de Cultura  
Micobactérias - TB

DATA DE ENTRADA  
NO LABORATÓRIO  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº GERAL

UNIDADE DE SAÚDE			DIR
NOME			Nº DO PRONTUÁRIO
ENDEREÇO			
DIST. ADM.	MUNICÍPIO	CEP	(DDD) FONE
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
MATERIAL ENVIADO <input type="checkbox"/> ESCARRO OUTRO _____			
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRATAMENTO			
EXAME SOLICITADO <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> TESTE DE SENSIBILIDADE <input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE			
JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE SENSIBILIDADE:			

### RESULTADO DA CULTURA

<input type="checkbox"/> NEGATIVA	Nº DA CULTURA	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CONTAMINADA		
<input type="checkbox"/> NÃO-REALIZADA		
<input type="checkbox"/> POSITIVA	<input type="checkbox"/> HOUE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS SUGESTIVAS DO COMPLEXO M. TUBERCULOSIS	
	<input type="checkbox"/> HOUE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS SUGESTIVAS DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS	
<input type="checkbox"/> TESTE DE SENSIBILIDADE EM ANDAMENTO		<input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO CONCLUSIVA EM ANDAMENTO

### RESULTADO DA IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE: *Mycobacterium* \_\_\_\_\_

#### TESTE DE SENSIBILIDADE ÀS DROGAS

<input type="checkbox"/> INSONIAZIDA	<input type="checkbox"/> RIFAMPICINA	<input type="checkbox"/> PIRAZINAMIDA
<input type="checkbox"/> ETAMBUTOL	<input type="checkbox"/> ESTREPTOMICINA	

R= RESISTENTE    S=SENSÍVEL

#### TESTE DE SENSIBILIDADE ÀS DROGAS NÃO-REALIZADO

<input type="checkbox"/> MATERIAL INSUFICIENTE OU CULTURA INVIÁVEL	<input type="checkbox"/> CULTURA CONTAMINADA
<input type="checkbox"/> EXAME SOLICITADO SEM JUSTIFICATIVA	<input type="checkbox"/> TESTE REALIZADO COM OUTRA CEPA NUM PERÍODO INFERIOR A TRÊS MESES

#### OBSERVAÇÃO

DATA DA SAÍDA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME

Solicitação de  
Cultura  
conversar

## II. Notificação da TB

### ▪ F) Exercício 6 – Notificação da TB

- Após leitura das instruções em grupo e em voz alta preencher a ficha de notificação de, pelo menos, um caso confirmado de tuberculose, de acordo com os casos confirmados apresentados (*página 14*).

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE TUBERCULOSE																																		
Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose																																		
Unidade de Saúde: US Boa Esperança										Município: Calvário										UF: SP														
Identificação					Exames de Diagnóstico								Forma Clínica	Tipo de entrada	Tratamento			Baciloscopia de acompanhamento						Situação de encerramento		Nº de contatos		Obs						
Nº do Pront.	Nº do Sinan	Nome do paciente	Idade	Sexo	Bacil. escarro		Cultura		PT	Histopatologia	Rx Tórax	Outros exames			HIV	Esquema	Data Início	Forma de trat.	Mês						Motivo	Data								
					1º	2º	Escarro	Outros					1	2					3	4	5	6	7	8				9		10	11	12		
SETEMBRO																																		
184320		Julio Tomiko	62	M	(++)	(++)	POS	N/Re	N/Re	N/Re	S		Neg	P+	CN	EB	08\09\10	S	1	2	3	4	5	6	Cura	07\04\11								
																			+	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg										
																			7	8	9	10	11	12										
438545		Valdir de Souza	25	M	(+++)	(+++)	N/Re	N/Re	18mm	N/Re	S		Neg	P+	CN	EB	19\09\10	A	1	2	3	4	5	6	Cura	25\03\11								
																			(++)	(+)	Neg	Neg	Neg	Neg										
																			7	8	9	10	11	12										
495677		Thiago Lopes	20	M	(+++)	(+++)	POS	N/Re	22mm	N/Re	S	N/Re	Pos	P+	RF	EB	22\09\10	S	1	2	3	4	5	6	Óbito	25\12\10			Óbito Não TB					
																			(+++)	(+++)														
																			7	8	9	10	11	12										
OUTUBRO																																		
120456		Maria Cecilia Cruz	38	F	Neg	(++)	POS	N/Re	0mm	N/Re	S		N/Re	P+	CN	EB	22\10\10	S	1	2	3	4	5	6	Cura	25\05\11								
																			Neg	Neg	Neg	Neg		Neg										
																			7	8	9	10	11	12										
958346		Reginaldo Mendoça	28	M	Neg	Neg	N/Re	Pos	15mm	Pos	S		N/Re	PL	CN	EB	23\10\10	A	1	2	3	4	5	6	CT	30\04\10								
																			7	8	9	10	11	12										
NOVEMBRO																																		
103103		Cecília da S. Gonçalves	58	F	Neg	Neg	POS	N/Re	N/Re	N/Re	S		Neg	P-	CN	EB	25\11\10	A	1	2	3	4	5	6	CT	25\05\11								
																			Neg															
																			7	8	9	10	11	12										
104320		Garcinia de Jesus	32	F	(++)	(++)	N/Re		11mm	N/Re	S		Neg	P+	CN	EB	25\11\10	S	1	2	3	4	5	6	Cura	01\06\11								
																			Neg	Neg			Neg											
																			7	8	9	10	11	12										
DEZEMBRO																																		
85002		Nicamor Gonçalves	62	M	Neg	(+)	POS		N/Re	N/Re	N/Re		Neg	P+	RA	EB	30\12\10	S	1	2	3	4	5	6	Abando no	01\04\11								
																			Neg	Neg														
																			7	8	9	10	11	12										



# Ficha de Notificação (frente)

## IDENTIFICAÇÃO

Nº SINAN		RG		Nº CARTÃO SUS			
NOME				SEXO <input type="checkbox"/> 1. MASC. <input type="checkbox"/> 2. FEM.		NATURALIDADE ESTADO OU PAÍS	
DATA DE NASCIMENTO				GESTANTE <input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO		ESCOLARIDADE ANOS DE ESTUDO COMPLETOS	
NOME DA MÃE				ETNIA <input type="checkbox"/> 1. BRANCO <input type="checkbox"/> 2. PRETO <input type="checkbox"/> 3. AMARELO <input type="checkbox"/> 4. PARDO <input type="checkbox"/> 5. INDÍGENA <input type="checkbox"/> 6. DETENTO <input type="checkbox"/> 7. OUTRA			
OCUPAÇÃO				<input type="checkbox"/> 1. PROFISSIONAL DE SAÚDE <input type="checkbox"/> 2. PROFISSIONAL DO SISTEMA PENITENCIÁRIO <input type="checkbox"/> 3. DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> 4. APOSENTADO <input type="checkbox"/> 5. DONA DE CASA <input type="checkbox"/> 6. DETENTO <input type="checkbox"/> 7. OUTRA			

## ENDEREÇO

ESTADO	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	TELEFONE
CEP	RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO	INSTITUCIONALIZADO <input type="checkbox"/> 1. INST. PENAL 2. ALBERGUE 3. ASILO 4. CRANATO 5. HOSP. PSÍQ. 6. NÃO 7. IGN.
BAIRRO	ÁREA RESID.	
DISTRITO		

## UNIDADE DE SAÚDE

CNES	UNIDADE	PRONTUÁRIO
DATA DE NOTIFICAÇÃO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	

## HISTÓRIA DE TRATAMENTO

TRATAMENTO ANTERIOR DE TB <input type="checkbox"/> 1. CASO NOVO (sem tratamento anterior) <input type="checkbox"/> 2. RECÍDIVA, ALTA POR CURA HÁ ____ ANOS <input type="checkbox"/> 3. RETRATAMENTO - ABANDONO HÁ ____ ANOS	DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL ____/____/____
--	--

## FORMAS CLÍNICAS

FORMA CLÍNICA 1	FORMA CLÍNICA 2	FORMA CLÍNICA 3	1. PULMONAR 2. MENINGEA 3. PLEURAL	4. GANGL. PERIFÉRICA 5. OSSA 6. VAS. URINÁRIAS	7. GÊNITA 8. INTESTINAL 9. OP. PALMICA	10. PELE 11. LARINGEA 12. MUIAR	17. MÚLTIPLOS ÓRGÃOS
TIPO DE DESCOBERTA			DATA APROXIMADA		PRIMEIROS SINTOMAS		
<input type="checkbox"/> 1. DEMANDA AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> 2. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> 3. ELUCIDAÇÃO DIAGN. EM INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> 4. INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS			<input type="checkbox"/> 5. BUSCA ATIVA EM INSTITUIÇÃO <input type="checkbox"/> 6. BUSCA ATIVA NA COMUNIDADE <input type="checkbox"/> 7. DESCOBERTA APÓS ÓBITO <input type="checkbox"/> 8. CONTINUIDADE DE TRATAMENTO		SERVIÇO DE SAÚDE QUE DESCOBRIU O CASO		

## EXAMES COMPLEMENTARES

EXAMES		CÓDIGOS BAC/CULTURA/HIV	
<input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA DE ESCARRO	<input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA DE OUTRO MATERIAL	1. POSITIVO	8. NÃO-REALIZADO
<input type="checkbox"/> CULTURA DE ESCARRO	<input type="checkbox"/> CULTURA DE OUTRO MATERIAL	2. NEGATIVO	9. SEM INFORMAÇÃO
<input type="checkbox"/> RX DO TÓRAX	<input type="checkbox"/> RX DE OUTRA LOCALIZAÇÃO	3. EM ANDAMENTO	
<input type="checkbox"/> HISTOPATOLÓGICO	<input type="checkbox"/> NEGRÓPSIA	CÓDIGOS RX	
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> OUTRO (especificar) _____	1. NORMAL	2. SUSPEITA DE TB
		3. SUSPEITA DE TB COM CAVIDADE	4. NÃO-REALIZADO
		5. SEM INFORMAÇÃO	6. SEM INFORMAÇÃO
		CÓDIGOS HISTOPATOLÓGICO/NECRÓPSIA	
		1. BAAR POSITIVO	2. SUSPEITO TB
		3. NÃO-REALIZADO	4. SEM INFORMAÇÃO



# Ficha de Notificação (verso)

## AGRAVOS ASSOCIADOS

<input type="checkbox"/> Agravos associados	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> OUTRA IMUNOSSUPRESSÃO	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DROGADIÇÃO	<input type="checkbox"/> NENHUM
<input type="checkbox"/> O CENÇAMENTAL	<input type="checkbox"/> OUTRAS (especificar) _____					

## CONTATOS DOMICILIARES

CONTATOS DOMICILIARES			
<input type="checkbox"/> EXISTENTES	<input type="checkbox"/> TOTAL EXAMINADOS	<input type="checkbox"/> QUANTOS ADOECERAM	

## TRATAMENTO

TIPO DE TRATAMENTO	ESQUEMA	<input type="checkbox"/> OUTRAS DROGAS (especificar) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RIFAMPICINA (R)	<input type="checkbox"/> ETAMBUTOL (E)
1. SUPERVISIONADO 2. AUTO-ADMINISTRADO 3. SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> ISONAZIDA (I)	<input type="checkbox"/> ESTREPTOMICINA (S)
	<input type="checkbox"/> PIRAZINAMIDA (Z)	<input type="checkbox"/> ETIONAMIDA (E)

## INTERNAÇÃO

CNES	HOSPITAL				
DATA DA INTERNAÇÃO	MOTIVO	1. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	5. ABSCESSO	9. CAQUEIXA	13. NÃO-ADESÃO AO TRAT.
____/____/____	<input type="checkbox"/>	2. HEMOPTISE	6. AIDS	10. ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA	99. SEM INFORMAÇÃO
		3. MENINGITE	7. DIABETES	11. CAUSAS SOCIAIS	
		4. TB MILAR	8. INTOLERÂNCIA MEDICAMENTOSA	12. OUTROS (especificar) _____	
DATA DA ALTA HOSPITALAR	TIPO DE SAÍDA HOSPITALAR	1. CURA	5. ALTA P/ TRAT. AMBULATORIAL	9. SEM INFORMAÇÃO	
____/____/____	<input type="checkbox"/>	2. A PEDIDO	6. TRANSF. P/ OUTRO HOSPITAL	10. EVADIU-SE	
		3. DISCIPLINAR	7. ÓBITO TB		
		4. MUDANÇA DIAGNÓSTICO	8. ÓBITO POR OUTRA CAUSA		

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

### Preencher esta ficha para:

1. Todo e qualquer doente para o qual haja tratamento de tuberculose, seja ele caso novo, recidiva, retratamento após abandono ou recebido por transferência, mesmo que já tenha sido notificado anteriormente.
2. Doente identificado como tal por baciloscopia e/ou cultura, mesmo sem início de tratamento.
3. Doente que tenha sido identificado como tal após óbito.

### Prazo de envio:

Enviar para digitação no prazo de 10 dias. Os exames em andamento não serão motivo para atrasar esse envio – eles serão atualizados oportunamente.

### Ítems:

**IDENTIFICAÇÃO:** registrar sem abreviações.

**E escolaridade** - Número de anos de estudo completos. Por exemplo, se o doente completou até a 2ª série do 2º grau – registrar 10 (8 anos do 1º grau + 2 anos do 2º grau).

**TRATAMENTO ANTERIOR:** registrar se o paciente já teve tratamento específico de tuberculose e o tipo de desfecho deste (alta-cura, abandono), bem como há quantos anos isso ocorreu. Nos casos recebidos para continuidade de tratamento, informar o código 1 se for o primeiro tratamento específico, mesmo de tuberculose.



## III. Tratamento da Infecção Latente (ILTB)

### G) Exercício 7 – ILTB –

De acordo com o caso descrito abaixo preencher a ficha de tratamento da infecção latente da TB (ILTB):

**Caso** – B.L.O. tem 35 anos de idade e reside em uma comunidade na periferia da cidade de São Bernardo do Campo. Ele foi ao Pronto Socorro Municipal no dia 08 de setembro de pois estava com muita tosse e às vezes tinha suores noturnos e estava emagrecendo. Voltou para casa e contou para a família que estava com tuberculose e que o médico tinha encaminhado para o posto de saúde do bairro (UBS Vila Abaco). No dia seguinte, dia 09, procurou o posto do seu bairro para dar continuidade ao seu tratamento e a enfermeira solicitou o nome das pessoas com quem ele tinha maior contato. Ele informou que morava com os pais, e um irmão que era HIV-positivo. Todos compareceram na UBS 2 dias depois. O pai era aposentado (65 anos) e a mãe (56 anos) trabalhava como doméstica em outras residências. O irmão tinha 37 anos, trabalhava como contador em uma empresa e foi feito a prova tuberculínica, a qual apresentou um resultado de 4 mm. Ninguém apresentava tosse e a baciloscopia do escarro foi negativa nos 3 contatos. Diante do exposto, preencha a ficha de notificação do ILTB.



# Ficha de Tratamento da infecção Latente (ILTb)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA  
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
"PROF. ALEXANDRE VRANJAC"

## NOTIFICAÇÃO DE QUIMIOPROFILAXIA DA TUBERCULOSE

IDENTIFICAÇÃO		Nº NOTIFICAÇÃO	
NOME	_____		
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ETNIA INDÍGENA	OCUPAÇÃO
____/____/____	<input type="checkbox"/> 1. MASC <input type="checkbox"/> 2. FEM	<input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO	<input type="checkbox"/> 1. PROF. DE SAÚDE <input type="checkbox"/> 2. PROF. SIST. PENITENC. <input type="checkbox"/> 3. OUTRA
NOME DA MÃE	_____		
ENDEREÇO			
ESTADO	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
____	_____		
CEP	RUA		
____-____	_____		
BAIRRO	DISTRITO	INSTITUCIONALIZADO	
_____	_____	<input type="checkbox"/> 1. INSTIT. PENAL <input type="checkbox"/> 2. ALBERGUE <input type="checkbox"/> 3. ORFANATO	
NÚMERO, COMPLEMENTO		<input type="checkbox"/> 3. ASILO <input type="checkbox"/> 4. HOSP. PSIQ <input type="checkbox"/> 5. NÃO	
UNIDADE DE SAÚDE			
CNES	UNIDADE	DATA NOTIF	
____-____	_____	____/____/____	
PRONTUÁRIO	MUNICÍPIO NOTIFICANTE	GVE	
____	_____	_____	
EXCLUSÃO DE TB ATIVA			
<input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA NEGATIVA - ESCARRO	RX TÓRAX	SINTOMAS	
<input type="checkbox"/> CULTURA NEGATIVA - ESCARRO	<input type="checkbox"/> 1. NORMAL <input type="checkbox"/> 2. OUTRA DOENÇA <input type="checkbox"/> 3. TB CICATRICAL (SEQUELA) <input type="checkbox"/> 4. NÃO REALIZADO	<input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO	
<input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. EXAME NÃO REALIZADO		<input type="checkbox"/> TOSSE <input type="checkbox"/> FEBRE	
FATORES DE RISCO E ANTECEDENTES			
CONTATO COM TB BACILIFERA		BCG	
<input type="checkbox"/> 1. SIM NOME DO CONTATO _____ SINAN _____		<input type="checkbox"/> 1. SIM, HÁ MENOS DE 2 ANOS <input type="checkbox"/> 2. SIM, HÁ MAIS DE 2 ANOS <input type="checkbox"/> 3. NÃO	
2. NÃO		TRATAMENTO PRÉVIO DE TB	
CONDIÇÕES CLÍNICAS DE RISCO		<input type="checkbox"/> 1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO	
<input type="checkbox"/> 1. NENHUMA <input type="checkbox"/> 2. HIV / AIDS <input type="checkbox"/> 3. DIABETES <input type="checkbox"/> 4. SILICOSE <input type="checkbox"/> 5. NEFROPATIA <input type="checkbox"/> 6. SARCOIDOSE <input type="checkbox"/> 7. LINFOMA <input type="checkbox"/> 8. USO DE MUNODEPRESSOR			
TESTE TUBERCULÍNICO (ppd)			
RESULTADO	RESULTADO	RESULTADO	
____ mm	____ mm	____ mm	
DATA	DATA	DATA	
____/____/____	____/____/____	____/____/____	
MEDICAÇÃO			
DATA DE INÍCIO	MODALIDADE	DROGAS	
____/____/____	<input type="checkbox"/> 1. SUPERVISIONADO <input type="checkbox"/> 2. AUTO-ADMINISTRADO	<input type="checkbox"/> ISONIAZIDA _____ mg / dia <input type="checkbox"/> OUTRA(S) DROGA(S) - ESPECIFICAR QUAIS E O MOTIVO:	
OBSERVAÇÕES _____			

## IV. Tratamento Diretamente Observado (TDO)

### ▪ H) Exercício 8 – TDO

• **Caso:** Maria Cecília Cruz, recebeu o diagnóstico de TB pulmonar em 22/10/2010 pela baciloscopia positiva. Mora com a mãe (56 anos), o pai (65 anos), a avó (72 anos) e 1 irmão (35 anos). A avó e o irmão foram no dia seguinte à UBS para consulta e realização da baciloscopia. Iniciou o tratamento em 22/10/2010 e completou a fase de ataque sem intercorrências, tomando a medicação todos os dias da semana na UBS. Na fase de manutenção, a partir do 2º dia do 4º mês de tratamento, precisou viajar inesperadamente e ficou sem comparecer à UBS 29 dias. Voltou e continuou o tratamento. Obteve a cura.

• Com base nestes dados, preencher a ficha de TDO.

### ▪ I) Exercício 9 – Contatos

• Baseado no caso anterior, preencher a ficha de contatos.

## IV. Tratamento Diretamente Observado (TDO)

### ▪ J) Exercício 10 – Livro de Registro de Paciente e Acompanhamento do tratamento

- Leia as instruções de preenchimento em grupo e em voz alta.
- Utilizando os dados apresentados (**página 14**), preencha o Livro de “Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de TB”.

### ▪ K) Exercício 11 - Estudo de coorte

- Depois de preencher o livro, calcule as taxas de cura e outros resultados de tratamento (avaliação de resultado – *estudo de coorte*).







# Ficha de Controle dos Contatos

Controle de Contatos												
NOME	IDADE	GRAU DE PARENTESCO	BCG	EXAMES COMPLEMENTARES						QUIMIOPROFILAXIA		RETORNOS
				BACILOSCOPIA		RAIO X DO PULMÃO		PPD		SIM	NÃO	
				DATA	RESULTADO	DATA	RESULTADO	DATA	RESULTADO			
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
Notas/Observações												



# Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de TB

Livro preto – antigo

Ministério da Saúde  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas de Saúde  
Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária  
Fundação Nacional de Saúde  
Centro Nacional de Epidemiologia  
Centro de Referência Professor Hélio Fraga

**FUNASA**



LIVRO DE REGISTRO E CONTROLE DE TRATAMENTO  
DOS CASOS DE TUBERCULOSE

Programa Nacional de Controle da Tuberculose



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde





# Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de TB

Livro verde – atual



Registro de pacientes  
e acompanhamento de tratamento  
dos casos de tuberculose

Programa Nacional de Controle de Tuberculose





# Instrução para preenchimento (1)

## Programa Nacional de Controle da Tuberculose

### Instruções para o preenchimento do Livro de Registro de Pacientes de Tuberculose e Acompanhamento do Tratamento

#### Considerações gerais

Este Livro de *Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose* é um instrumento de informação oficial do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (PNCT/SVS/MS). Deve ser utilizado como fonte de dados da unidade de saúde local e também como ferramenta para base de cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos. Sendo de caráter confidencial, os dados aqui contidos devem ser adequados e cuidadosamente protegidos

contra danos e extravios. Devem ser registrados apenas os dados dos pacientes que tiverem seu diagnóstico firmado segundo definição de caso de tuberculose, conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica – Tuberculose-Funasa/MS, 2002<sup>1</sup>.

Os dados fornecidos pelo livro devem alimentar a Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose, assim como o Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose, ambos do Sistema de Informação de Agravos de

Notificação (Sinan). Ao final de cada mês, deverá ser feita a consolidação dos dados e análise dos casos atendidos na unidade de saúde.

No final de cada mês, deixar um espaço de três linhas antes de iniciar o mês seguinte.

Onde houver a possibilidade de tratar os casos de pacientes multirresistentes (TBMR), estes devem ser registrados no sistema próprio de informação da TBMR.

#### Como preencher as colunas

##### IDENTIFICAÇÃO

###### Nº do Prontuário (Nº do Pront.)

Registrar o número do prontuário do paciente na unidade de saúde.

###### Nº do Sinan

Registrar o número do Sinan correspondente à ficha de notificação do paciente.

###### Nome do paciente

Registrar de forma legível o nome completo do paciente.

###### Idade

Registrar a idade do paciente em anos completos. Nos menores de 1 ano, registrar a idade em meses, colocando a letra m após o mês registrado em número. Ex.: 6 m (meses).

###### Sexo

Assinalar:

- M para masculino
- F para feminino

##### EXAMES DE DIAGNÓSTICO

###### Baciloscopia de escarro (Bacil. de escarro)

Transcrever o resultado da primeira amostra da baciloscopia na primeira coluna e da segunda amostra na coluna correspondente, de acordo com o seguinte critério:

- +, ++, +++ para os positivos
- NEG para os negativos
- N/Re quando o exame de baciloscopia não for realizado

##### Cultura

Registrar resultado:

**cultura do escarro** – na primeira coluna;

**cultura de outros espécimes** (urina, líquidos, sangue, tecidos, etc.) – na coluna “Outros”.

Assinalar:

- POS para o positivo
- NEG para negativo
- N/Re quando não realizada

##### PPD

Registrar o resultado da prova tuberculínica usando a sigla:

- NR (0 a 4mm) para não reator
- RF (5 a 9mm) para reator fraco
- RF (10mm e mais) para reator forte
- N/Re quando não realizada

##### Histopatologia

Registrar:

- POS quando o resultado do exame histopatológico acusar a presença de BAAR;
- SUG quando o resultado referir achados sugestivos de tuberculose;
- NEG quando os achados não forem sugestivos de tuberculose;
- N/Re quando não realizado.

##### RX do Tórax

Registrar:

- N – quando o aspecto radiológico for normal;
- S – quando a imagem radiológica for sugestiva/suspeita de tuberculose;
- SEQ – seqüela, quando apresentar imagem radiológica sugestiva de lesão cicatricial;
- OP – quando houver imagem sugestiva de outra patologia não tuberculosa;
- N/Re – quando o RX não for realizado.

##### Outros exames

Transcrever um outro tipo de exame que foi utilizado para auxiliar no diagnóstico:

- BIO – para a Bioquímica;
- US – para Ultra-sonografia;
- T – para Tomografia;
- RXO – para RX de outros órgãos;
- BAAR OE – para pesquisa de BAAR em outros espécimes: lavado gástrico, lavado brônquico, urina, fluidos orgânicos, pus, etc.;
- N/Re – quando não realizado.

##### HIV

Registrar:

- POS quando o resultado da sorologia para HIV for positiva
- NEG quando negativa
- N/Re quando não realizado

<sup>1</sup>BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. *Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília, 2002.

# Instrução para preenchimento (2)

## FORMA CLÍNICA

### Pulmonar

#### Registrar:

- P+ para tuberculose pulmonar positiva
- P- para tuberculose pulmonar negativa
- P quando não realizada a baciloscopia

### Extrapulmonar

Assinalar a localização conforme categorização do Sinan e Guia de Vigilância Epidemiológica - Tuberculose - Funasa/MS (2002):

- PL pleural
- Gp ganglionar periférica
- Oa osteoarticular
- Oc ocular
- Gu gênito-urinária
- Me meningite
- Mi miliar
- O outras localizações

## TIPO DE ENTRADA

#### Registrar:

- CN caso novo
- RR retratamento por recidiva
- RA retorno após abandono
- RF retratamento nos casos de falência

## TRATAMENTO

### Esquema

#### Registrar:

- I para os casos novos de tuberculose pulmonar e extrapulmonar;
- II para a forma meningoencefálica;
- IR para os casos de retratamento por recidiva ou retorno após abandono do Esquema I;
- III para os casos de falência aos esquemas I e IR;
- EE para esquemas especiais.

### Data de início

Registrar a data do início do tratamento (dia, mês e ano). Em caso de paciente transferido, registra-se a data do início do tratamento na unidade de origem.

### Forma de tratamento (Forma de trat.)

#### Assinalar:

- S tratamento supervisionado
- A auto-administrado

Considera-se tratamento supervisionado quando a observação da tomada dos medicamentos for realizada pelo menos três vezes por semana, na primeira fase, e duas vezes por semana na segunda fase (segundo as normas do Ministério da Saúde).

## BACILOSCOPIA DE ACOMPANHAMENTO

### MÊS

Registrar o resultado na coluna correspondente ao mês de tratamento em que o exame foi realizado. Transcrever o resultado da baciloscopia de acordo com o seguinte critério:

- +, ++, +++ para os positivos
- NEG para os negativos
- N/Re quando não realizada

## SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO

### Motivo

#### Cura

Será dada a alta por cura quando os pacientes pulmonares, inicialmente positivos, apresentarem, durante o tratamento, pelo menos duas baciloscopias, negativas: uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento.

#### Completo o tratamento (CT)

Será dada alta após completar o tratamento com base em critérios clínicos e radiológico:

- quando o paciente não tiver realizado o exame de escarro por ausência de expectoração e tiver alta com base em dados clínicos e exames complementares;
- nos casos de tuberculose pulmonar inicialmente negativos;
- nos casos de tuberculose extrapulmonares.

#### Êxito do tratamento (Ex. trat.)

É a soma dos casos de cura mais os casos que completaram o tratamento

#### Abandono (Aband.)

Será dado ao doente que deixou de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para seu retorno. Nos casos de tratamento supervisionado, o prazo de 30 dias é contado a partir da última tomada da droga.

#### Transferência (Transf.)

Será dada quando o doente for transferido para outro serviço de saúde.

A transferência deve ser efetuada por documento específico com informações sobre o diagnóstico e o tratamento realizado até aquele momento. Deve-se buscar a confirmação de que o paciente compareceu à unidade de saúde para a qual foi transferido, bem como o resultado do tratamento no momento da avaliação de coorte.

Deverá ser assinalado no campo Observações se a transferência é para o mesmo município (outra unidade de saúde), para outro município (mesma UF), para outro estado ou para outro país.

### Óbito

Será dado por ocasião do conhecimento da morte do paciente durante o tratamento. Deverá ser assinalado no campo Observações se o óbito ocorreu por tuberculose ou por outras causas.

### Falência (Fal.)

Será dada quando houver persistência da positividade do escarro ao final do tratamento. São também classificados como falência os doentes que no início do tratamento são fortemente positivos (++ ou +++) e mantêm essa situação até o quarto mês, ou aqueles com positividade inicial seguida de negatificação e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do quarto mês de tratamento.

### Mudança de Diagnóstico (M. Diag.)

Será dada quando for constatado erro de diagnóstico de tuberculose.

### Data

Registrar a data do encerramento (dia, mês e ano).

## NÚMERO DE CONTATOS

### Registrados (Reg.)

Anotar o número total de pessoas que coabitam com um paciente com tuberculose. Esta informação deve ser solicitada e registrada no momento da primeira consulta.

### Examinados (Exam.)

Anotar o número de pessoas que coabitam com um paciente com tuberculose que foram examinados na unidade de saúde, segundo as normas do Ministério da Saúde.

## OBSERVAÇÕES

Registrar ocorrências não especificadas, como:

Intolerância medicamentosa, interrupção do tratamento por irregularidade (justificar), hospitalização, resultado de RX para encerramento do caso, data da mudança de esquema terapêutico, toxicidade ou falência, se o paciente é institucionalizado (presídio, asilo, orfanato, hospital psiquiátrico ou outro), informação de agravos associados e outras situações não constantes na planilha.

### Atenção

1. Quando for colocado o resultado da cultura de outros espécimes, especificar em observações qual o tipo de espécime.
2. Quando o caso for encerrado por falência, o paciente deverá ser novamente registrado neste livro, como caso de retratamento, mantendo o mesmo número do Sinan.







# Avaliação do Resultado do Tratamento

## – Estudo de Coorte

### Avaliação do Resultado do Tratamento

#### Estudo de Coorte

Forma de tratamento:  Supervisionado  Auto-administrado

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Período analisado: \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_

Forma clínica	Casos avaliados		Cura (a)		Completo tratamento (b)		Êxito tratamento (a+b)		Abandono		Transferência		Óbito		Falência		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
Casos novos	Pulmonar positiva		100														
	Pulmonar sem confirmação		100														
	Extra pulmonar		100														
	Total		100														
Retorno após abandono	Pulmonar positiva		100														
	Pulmonar sem confirmação		100														
	Extra Pulmonar		100														
	Total		100														
Recidiva	BAAR e/ou cultura positiva		100														
Falência	Pulmonar positiva		100														

#### Instruções

Toda unidade de saúde deverá avaliar o resultado dos tratamentos por meio do estudo de coorte. Para realizar esse estudo é necessário coletar os dados das folhas de registro de pacientes do período a ser analisado (trimestral, semestral ou anual). O estudo de coorte deverá ser realizado após o sexto mês do início de tratamento, por forma de tratamento e tipo de entrada separadamente.

A análise dos casos de falência deverá ser realizada após o 12º mês do início de tratamento.

#### Estudo de coorte

É o estudo do resultado do tratamento de tuberculose de indivíduos que têm atributos em comum. Comumente são agrupados por tipo de entrada (ex.: caso novo) e por duração do tratamento (ex.: esquema I – 6 meses) em um determinado período.

Preencher: Casos notificados

Mudança de diagnóstico

Casos avaliados

## V. Planejamento

### ▪ L) Exercício 12 – Plano de Ação

- Em grupo, executar um plano de ação para as ações de controle da TB em sua unidade de saúde.



# Plano de Ação

PLANO DE AÇÃO	
Ano:	Município:
Unidade de Saúde:	
Busca ativa	
1	Definir responsável:
2	Definir locais de interrogatório:
3	Definir local de coleta
4	Material necessário
	potes:
	gelox:
	isopor:
5	Impressos
	Pedido de baciloscopia:
	Pedido de cultura:
	Livro de sintomático respiratório:
	Consolidado de interrogados:
6	Definir fluxo para o laboratório:
7	Definir metas – ex: examinar 1 % da população da área no ano:
8	Realizar avaliação mensal da atividade:
Tratamento supervisionado	
9	Definir responsável:
10	Definir local para a tomada do medicamento, caso seja no serviço de saúde:
11	Providenciar lanches e outros incentivos? Cesta básica? Vale-transporte?
12	Definir estratégia com trabalhadores:
13	Definir estratégia com de reabilitação profissional ou inclusão social:
Capacitação	
14	Definir público-alvo:
15	Providenciar material de treinamento:



**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**  
**Coordenadoria de Controle de Doenças**  
**Centro de Vigilância Epidemiológica**  
**Divisão de TUBERCULOSE**

**Coordenadora do Programa de Controle da TB do Estado de São Paulo**

*Vera M<sup>a</sup> Neder Galesi – médica*

**Equipe Técnica**

*Laedi Alves R. Santos – médica*

*M<sup>a</sup> Josefa Penon Rujula (Pepita) –  
médica*

*M<sup>a</sup> de Lourdes V. Oliveira – médica*

*Necha Goldgrub – médica*

*Sidney Bombarda – médico*

*Zelita Lelis M. Barbosa – médica*

*Andrea Mathias Losacco – enfermeira*

*Adalgiza R. Guarnier – Assistente Social*

*Edméa Costa Pereira – médica*

*M<sup>a</sup> Cecília Vieira Santos – enfermeira*

*M<sup>a</sup> Ivone P. S. Braz – enfermeira*

*Suely Fukasava – enfermeira*

**Consultores Técnicos**

*Ricardo da C. Barbosa – fisioterapeuta*

*Valdir de Souza Pinto – fisioterapeuta*

**Equipe de Apoio**

*Eugênia Ap. de Oliveira*

*Mariliza Locatelli Fernandes*

*Vera Lúcia A. do Nascimento*





**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**  
**Coordenadoria de Controle de Doenças**  
**Centro de Vigilância Epidemiológica**  
**Divisão de TUBERCULOSE**

---

**Homepage:**

**[www. http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve\\_tb.html](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_tb.html)**

**E-mail:**

**[dvtbc@saude.sp.gov.br](mailto:dvtbc@saude.sp.gov.br)**

**Telefone: (11) 3066-8764**

**Telefax: (11) 3066-8291 • 3082-2772**

Iniciativa apoiada pelo



**CVE** Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"

