Nota Técnica 003/2011/SMS/VS/GVE

Assunto: *Orienta os profissionais sobre as Novas Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil e em Florianópolis.*

Esta nota técnica divulga as modificações no sistema de tratamento para a Tuberculose que foi implementada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) Ministério da Saúde e estão sendo efetivadas no município.

Importante salientar: esta Nota Técnica não exclui a leitura do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2010, 186 p.).

Principais Mudanças ocorridas em 2010:

1. Introdução do Etambutol como quarto fármaco na fase intensiva (dois primeiros meses) do esquema básico com objetivo de prevenir a resistência bacilar aos fármacos anti-TB.
2. Introdução de comprimidos formulados com os quatro fármacos em doses fixas combinadas para a fase intensiva do tratamento;
3. Os esquemas até então denominados IR e III não existirão mais;
4. Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR);
5. Nova ficha de tratamento de Infecção Latente (ILTB).

Principais medidas a serem adotadas para a efetividade no tratamento da Tuberculose e melhoria nas atividades de prevenção:

1.Ampliação de avaliação de contatos (sintomáticos e assintomáticos);

1.1 Fluxograma dos Contatos

2.Tratamento preventivo da tuberculose

3.Controle de tratamento

4.Efetivação da Referência Secundária no tratamento de Tuberculose;

Anexos

Fluxograma de atendimento de casos de Tuberculose no município de Florianópolis. ANEXO 01

Fluxograma de atendimento de casos de tuberculose – clínicas particulares. ANEXO 02

Fluxograma para análise laboratorial de tuberculose. ANEXO 03

Encaminhamento para prova tuberculínica (PPD) e encaminhamento para Raio X. ANEXO 04

Efetivação do Fluxo de Tuberculose Multirresistente (TBMDR) ANEXO 05

Fluxo de medicação de TBMDR. ANEXO 06

Rede de assistência da referência e contra-referências. ANEXO 07

Ficha de tratamento de Infecção Latente de Tuberculose (ILTB). ANEXO 08

Ficha de avaliação de contatos de caso de TBMDR. ANEXO 09

1- AMPLIAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE CONTATOS (SINTOMÁTICOS E ASSINTOMÁTICOS)

Todos os contatos de casos de TB (pulmonar ou extrapulmonar) devem ser avaliados, conforme preconizado no Fluxograma dos contatos (vide abaixo).

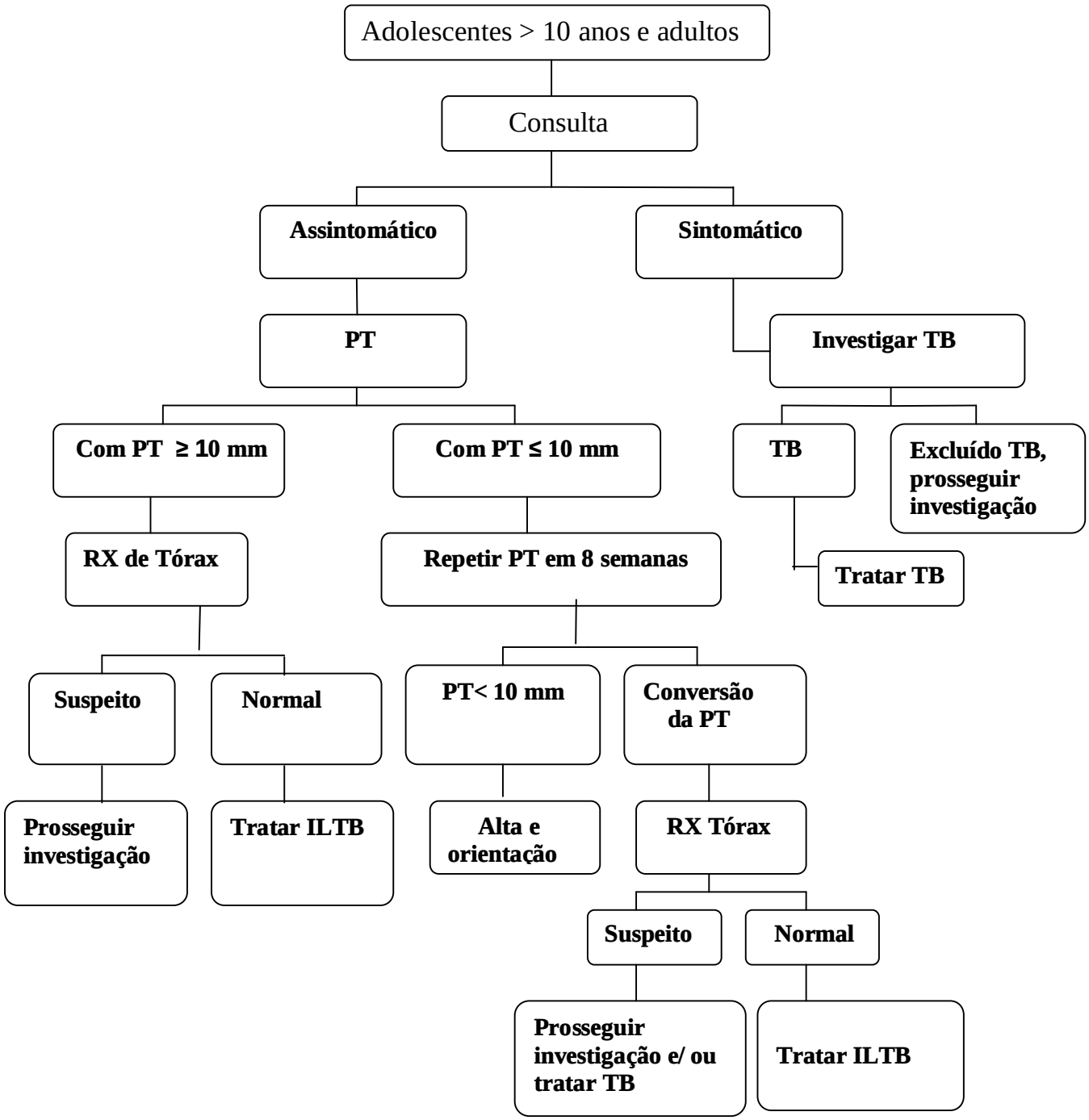
Contatos de TBMDR

Observar ficha de avaliação de contatos de caso de TBMDR. (pág.17)

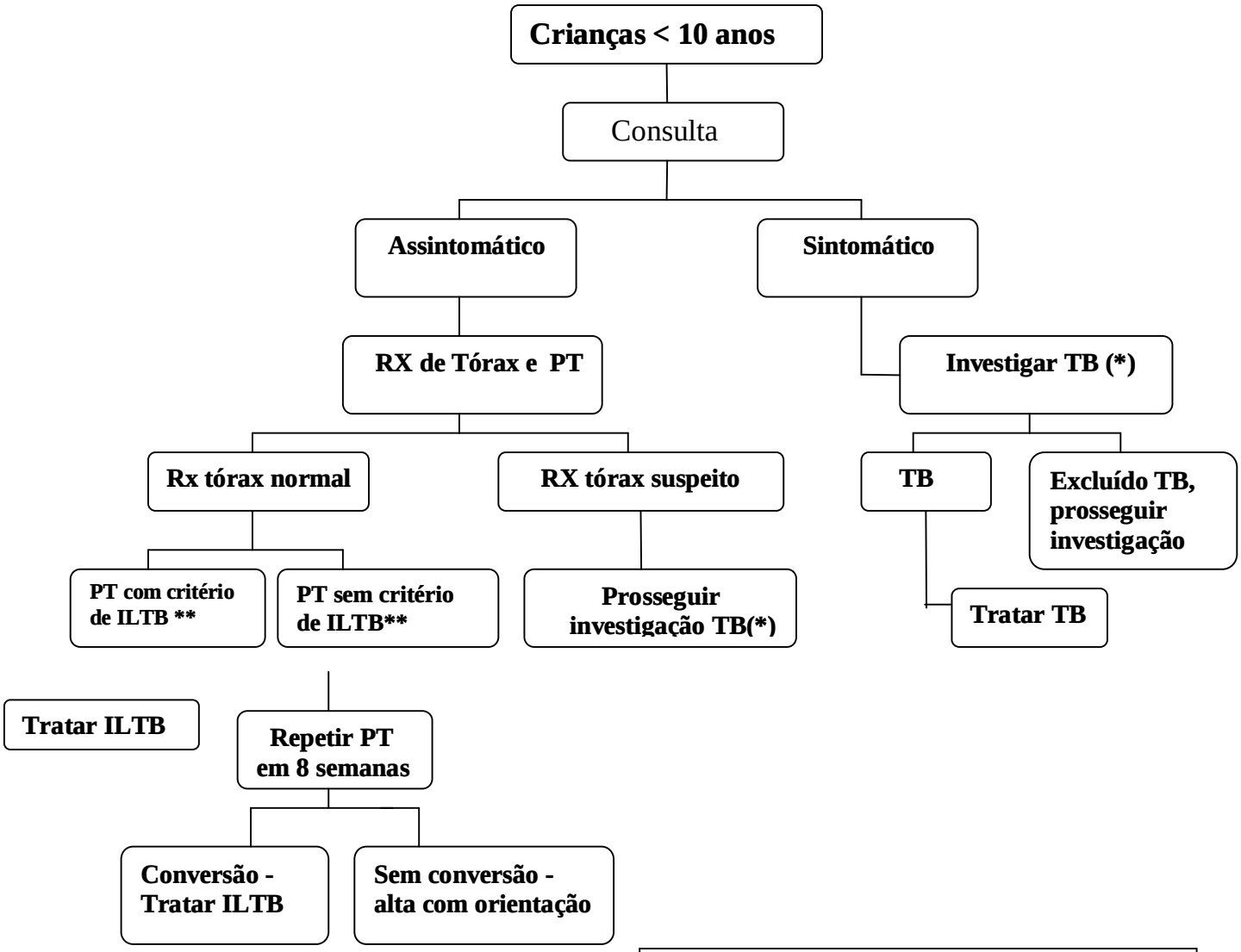
1.1 FLUXOGRAMA CONTATOS

Observação: No III Fórum para discussão da Quimioprofilaxia em Santa Catarina realizado em 30 de julho de 2010 “ficou definido corte para a prova tuberculínica (PT) em ≥ 10mm, diferente da recomendação do novo manual. Entendemos que esta posição vai ao encontro da experiência na realização do tratamento e monitoramento da infecção latente da tuberculose aqui no estado. Ficando também acordado entre os presentes, avaliar os resultados e rever, se necessário, esta determinação estadual”.

FLUXOGRAMA PARA AVALIAÇÃO DE CONTATOS ADULTOS E ADOLESCENTES (>10anos)



FLUXOGRAMA PARA AVALIAÇÃO DE CONTATOS CRIANÇAS (<10anos)



(*) Empregar o Quadro de pontuação – pág 15
(**) PT ≥ 5mm(em crianças não vacinadas com BCG, vacinadas há mais de 2 anos ou portadora de condição imunossupressora); ou ≥10mm em crianças vacinadas com BCG há menos de 2anos.

Contatos infectados pelo HIV deverão tratar ILTB independentemente do resultado da PT (observar página 5)

2- TRATAMENTO PREVENTIVO DA TUBERCULOSE

Quando indicada a Quimioprofilaxia, o profissional deverá notificar através da FICHA DE TRATAMENTO DE INFECÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE (ILTB) - SANTA CATARINA (pág. 16) e enviar ao Distrito Sanitário.

2.1-TIPOS DE ALTA DE TRATAMENTO DA ILTB

Alta por término do tratamento ou por abandono.

A ESF deve informar ao Distrito Sanitário a alta do paciente através de Comunicação Interna (C.I) e este deverá informar a Gerência de Vigilância Epidemiológica.

2.2- QUIMIOPROFILAXIA EM PESSOAS HIV+

INDICAÇÕES

- ü Com radiografia de tórax normal e:
  - Assintomático e com PT (prova tuberculínica) **≥ 5 mm** ou
  - Contatos intradomiciliares ou institucionais de tuberculose bacilífera, independente do PT ou
  - PT não reator à tuberculina ou com induração entre 0-4 milímetros, com registro documental de ter sido reator a prova tuberculínica, e não submetido a tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião.
- ü Com radiografia de tórax anormal e presença de cicatriz radiológica de tuberculose sem tratamento anterior (afastada possibilidade de tuberculose ativa através de exames de escarro e radiografias anteriores), independentemente do resultado da prova tuberculínica.
- ü Grávidas: Se HIV positivo (contato e independente resultado PT ou não contato e com PT ≥ 5 mm) tratamento ILTB após o 3º mês de gestação.

3- CONTROLE DE TRATAMENTO

3.1- Preenchimento da Caderneta de Controle de tratamento

Preencher a caderneta de controle de tratamento do paciente mensal para que o próprio paciente tenha em mãos dados de seu tratamento, datas de próximas consultas, onde ele está sendo acompanhado e quais são as medicações atuais que estão fazendo parte do seu tratamento.

3.2-Preenchimento do Boletim de Acompanhamento (BA) de Tuberculose - A ESF que acompanha o caso de TB deve preencher mensalmente o Boletim:

- ü Atualizar <u>BK até o 6º mês</u>;

- Se paciente estiver em acompanhamento após 6º mês de tratamento, informar por escrito a evolução mensal do caso;
- Atualizar resultados de exames;
- Encerramento: atentar para data e situação de encerramento de caso;
- Abandono: Justificar através de comunicação interna (c.i) o motivo.
- Transferências: Especificar no B.A. data e local da transferência, ou seja, nome do Hospital, ou nome do município e/ ou Estado.
- Se houver transferências para outro município, preencher corretamente o Boletim de Transferência (cor laranja).

3.3- Acompanhamento da evolução da doença- Tuberculose Multirresistente (TBMDR**)**

Todo Centro de Saúde que acompanha um caso de Tuberculose Multirresistente (TBMDR) deve:

1) preencher mensalmente o Boletim de Acompanhamento de TBMDR;
2) realizar tratamento supervisionado com E.P.I. adequado;
3) compartilhar com Referência Secundária o controle de contatos preenchendo a Ficha de Controle de contatos de TBMDR (ver pág. 17).

.

REFERÊNCIAS SECUNDÁRIAS

Pneumologista

Dra. Fátima S. M. Almeida
Policlínica Municipal Continente

→

- Efeitos adversos maiores.
- TBMDR;
- Melhora clínica, sem melhora radiológica, dúvidas em relação a exames de imagem;
- Pacientes que recebem alta com baciloscopia e cultura negativas, mas permanecem com sintomas respiratórios; evolução clinica desfavorável.

Infectologistas

→

- Efeitos adversos maiores;
- TBMDR + HIV;
- Paciente HIV+ com diagnóstico de TB.

Oftalmologia

→

Pacientes em uso de Etambutol com alterações visuais

Pneumopediatra

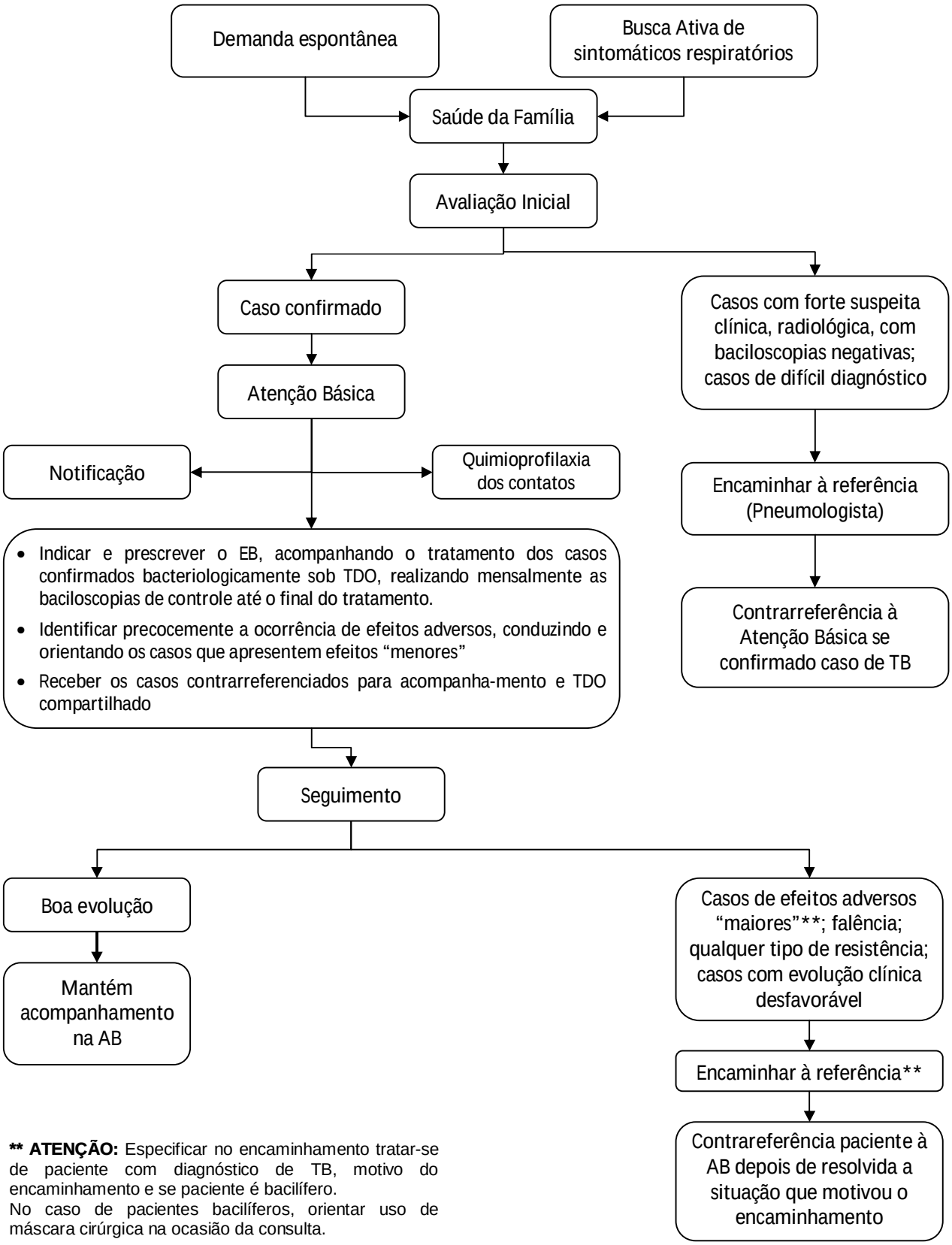
→

Se a ESF necessitar de avaliação da referência, o acompanhamento deverá ser compartilhado.

<u>Nos casos de necessidade de encaminhamento, deve ser observado:</u>

1. Encaminhamento médico, marcação via Regulação, justificando as necessidades conforme quadros acima;
2. Supervisão compartilhada com a Atenção Primária levando em consideração o Tratamento Diretamente Observado (TDO);
3. Pacientes em uso de ETAMBUTOL com alterações visuais devem ser submetidos à avaliação oftalmológica, com encaminhamento através da Regulação;
4. Em caso de indicação de exames de diagnósticos complementares, deverão ser agendados via regulação;
5. Caso o médico avalie que o paciente necessita de internação poderá fazer contato telefônico diretamente com o Hospital Nereu Ramos para averiguar a existência de vaga com o médico plantonista.

ANEXO 01 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE CASOS DE TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS



**** ATENÇÃO:** Especificar no encaminhamento tratar-se de paciente com diagnóstico de TB, motivo do encaminhamento e se paciente é bacilífero.
No caso de pacientes bacilíferos, orientar uso de máscara cirúrgica na ocasião da consulta.

ANEXO 02 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE CASOS DE TUBERCULOSE

CLINICAS PARTICULARES

Clínicas e Consultórios Particulares

↓

Notifica

↓

Envia por fax 3212-3910/3906 para a **GVE (Gerencia de Vig. Epidemiológica)**

↓

Envia ficha de notificação original para **GVE (Gerência de Vig. Epidemiológica) no Endereço: Praça Getúlio Vargas, 312, Centro (Praça dos Bombeiros)** ou entrega em um dos Distritos Sanitários

DISTRITO SANITÁRIO CENTRO - Avenida Rio Branco, nº 90. Centro

Fone: 3952-0117 / 3952-0122 e FAX: 3952-0118

DISTRITO SANITÁRIO CONTINENTE - Rua Coronel Pedro Demoro, 1923

Fone: 3244-3955 e Fax :3244-2557

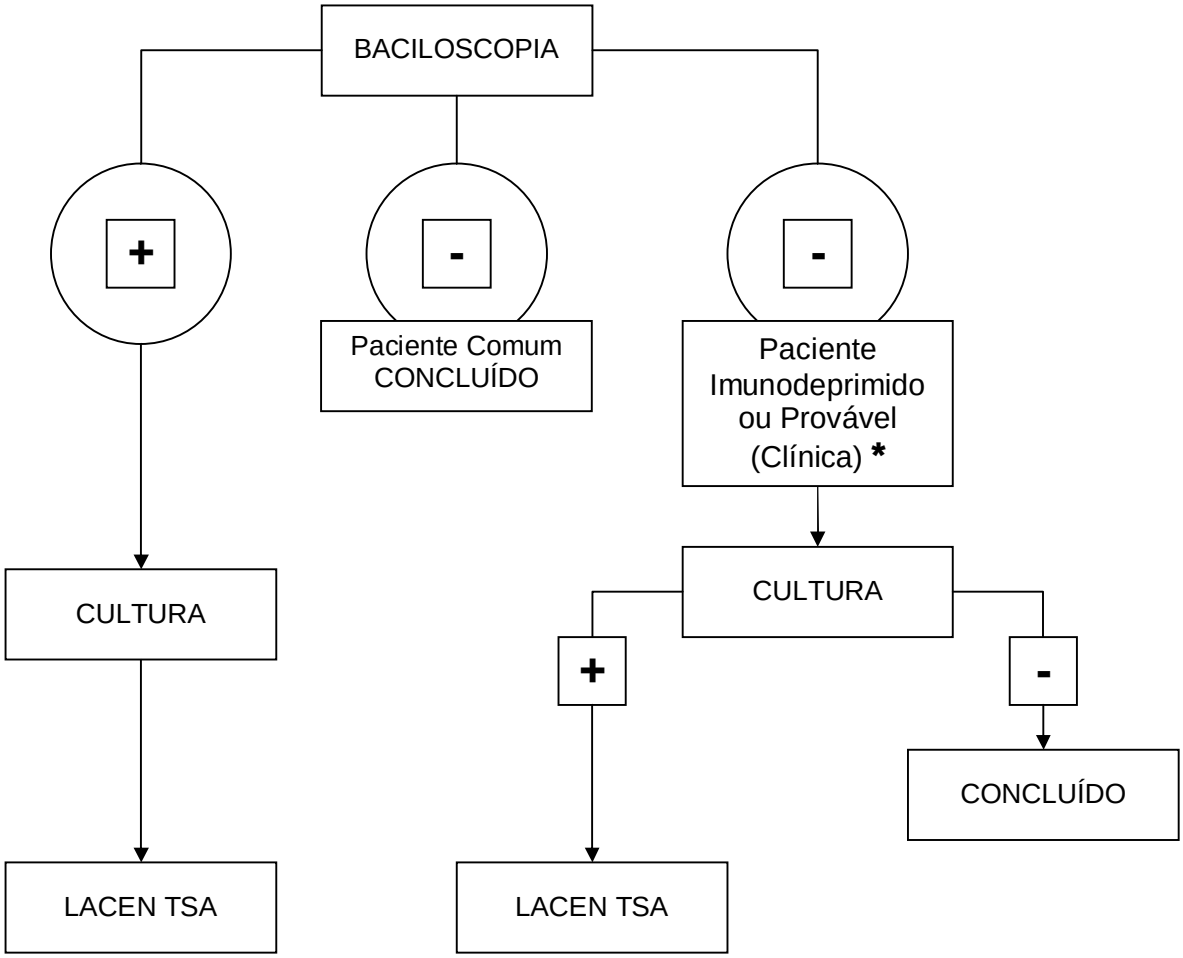
DISTRITO SANITÁRIO NORTE - Rodovia José Carlos Daux, 17.500 – Lojas 01 e 02 – Canasvieiras. Fone: 3369-3608

DISTRITO SANITÁRIO LESTE - Rua. José Henrique Veras, 203. Lagoa da Conceição

Fone: 3234-9557 / 3234-0097

DISTRITO SANITÁRIO SUL – Policlínica Sul - Rio Tavares Fone 3239-1742

ANEXO 03 - FLUXOGRAMA PARA ANÁLISE LABORATORIAL DE TUBERCULOSE



*** Esta informação deve constar na requisição.**

ANEXO 04 - ENCAMINHAMENTO PARA PROVA TUBERCULÍNICA (PPD)

Local: **LAMUF**
Endereço: Rua Aracy Vaz Callado, 742 – Estreito
Telefone: 3248-6602.
Dias: 2ª, 3ª e 6ª feira
Horários: pela manhã, das 7h às 11h

Local: **POLICLÍNICA CENTRO**
Telefone: 3952-0100
Dias: 2ª, 3ª e 6ª feira
Horários: das 10h às 12h e das 13h às 15h

Local: **POLICLÍNICA SUL**
Telefone: 3239-1726
Dias e Horários: 2ª feira das 8h às 12 h; 3ª feira das 13h às 17h

Retorno para leitura: agendado pelo próprio profissional que faz a aplicação.

ENCAMINHAMENTO PARA RAIO X

Via SISREG, especificar se:

- ü CONTATO DE TB;
- ü SUSPEITA DE TB;
- ü ACOMPANHAMENTO DE TB.

ANEXO 05- TUBERCULOSE MULTIRESISTENTE – TBMDR ATENÇÃO BÁSICA E HOSPITAIS/CLINICAS PARTICULARES

ATENÇÃO BÁSICA/G.V.E.
Médico que solicitou Teste de Sensibilidade identifica a resistência e encaminha, via SISREG para a Policlínica Continente ou Centro

↓

Equipe da Policlínica (médico, enfermeiro, farmacêutico): Acolhe o paciente;

Médico: Avalia clinicamente e notifica no SITE TB / CRPHF (Sistema de Notificação e acompanhamento de TB - TBMDR, TBXDR, Hepatopatias, Micobactéria não tuberculosa) – (ainda em implantação)
Marca retorno para paciente conforme necessidade do mesmo;
Referencia TDO para o CS de origem, via G.V.E.;
A cada 3 meses registra o acompanhamento do caso no SITE TB .

Equipe: Comunica GVE sobre novo caso;
Solicita busca ativa, via GVE, em caso de falta do paciente;

→ GVE envia, mensalmente, **Boletim de Acompanhamento de TBMDR** para o DS e este envia aos Centros de Saúde.

→ GVE comunica o DS sobre o acompanhamento do caso que comunica o CS de origem

ATENÇÃO BÁSICA:
Realiza TDO diariamente na casa do paciente sempre que possível para evitar a ida deste até a UBS (*SUPERVISÃO COMPARTILHADA)
Encaminha mensalmente Ficha de Acompanhamento Diretamente Observável (TDO) para DS que envia para a GVE;
Retorno da busca ativa comunica o DS que comunica a GVE e esta comunica a Unidade que requisitou.

→ **GVE recebe** mensalmente Ficha de Acompanhamento Diretamente Observável (TDO) e Boletim de Acompanhamento de TBMDR para controle do caso.

Hospitais/Clínicas Particulares

↓

GVE (Gerencia de Vig. Epidemiológica)

↓

DS recebe notificação /teste de sensibilidade e CS de origem marca consulta via SISREG na Referência

↓

Equipe da Policlínica (médico, enfermeiro, farmacêutico): Acolhe o paciente;

Médico: Avalia clinicamente e notifica no SITE TB / CRPHF (Sistema de Notificação e acompanhamento de TB - TBMDR, TBXDR, Hepatopatias, Micobactéria não tuberculosa) – (ainda em implantação)
Marca retorno para paciente conforme necessidade do mesmo;
Referência TDO para o CS de origem, via G.V.E.;
A cada 3 meses registra o acompanhamento do caso no SITE TB .

Equipe: Comunica GVE sobre novo caso;
Solicita busca ativa, via GVE, em caso de falta do paciente;

↔

GVE envia, mensalmente, **Boletim de Acompanhamento de TBMDR** para os DS e este envia aos Centros de Saúde.

→

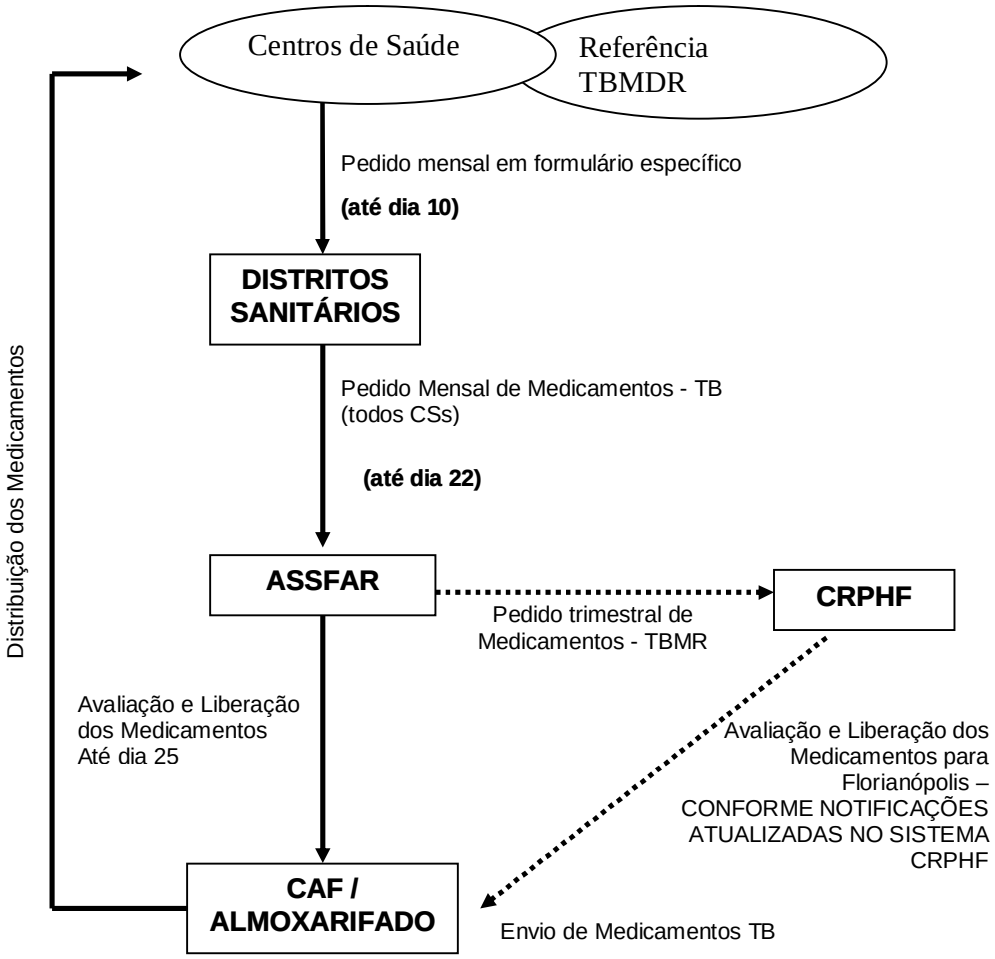
GVE comunica o DS sobre o acompanhamento do caso que comunica o CS de origem

ATENÇÃO BÁSICA:
Realiza TDO diariamente na casa do paciente sempre que possível para evitar a ida deste até a UBS (*SUPERVISÃO COMPARTILHADA)
Encaminha mensalmente Ficha de Acompanhamento Diretamente Observável (TDO) para DS que envia para a GVE;
Retorno da busca ativa comunica o DS que comunica a GVE e esta comunica a Unidade que requisitou.

→

GVE recebe mensalmente Ficha de Acompanhamento Diretamente Observável (TDO) e Boletim de Acompanhamento de TBMDR para controle do caso.

ANEXO 06 - *FLUXO DE MEDICAMENTOS TBMDR*



Atenção:

1) Médico referência responsável pelo paciente deve manter atualizada as notificações no sistema CRPHF para garantir liberação dos medicamentos para Florianópolis.

2) Falha sistema CRPHF (ASSFAR fará solicitações por email).

3) VE distrital responsável pela solicitação dos medicamentos à ASSFAR, nas datas previstas, e indicação do local de entrega.

<u>Nos casos de início de tratamento (primeira prescrição), permanece a orientação de contato com as Assessorias de Vigilância Distritais para solicitação da medicação, que será liberada ao CS para início imediato do tratamento.</u>

Fonte: Gerência de Assistência Farmacêutica- SMS

ANEXO 07 - REDE DE ASSISTÊNCIA DA REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIAS DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

ITEM / TIPO DE EXAME	LOCAL
EXAME DE BAAR	REALIZADO NO LABORATÓRIO MUNICIPAL (LAMUF)
EXAME DE RAIO X	ENCAMINHAMENTO VIA REGULAÇÃO
EXAME DE CULTURA BK	REALIZADO NO LABORATÓRIO MUNICIPAL (LAMUF)
TESTE SENSIBILIDADE (TS)	REALIZADO NO LABORATÓRIO ESTADUAL (LACEN)
TESTE DE PPD (PROVA TUBERCULÍNICA)	REALIZADO NO LABORATÓRIO MUNICIPAL E NA POLICLÍNICA CENTRO; NA POLICLÍNICA SUL (EM FASE DE IMPLANTAÇÃO)
EXAME BIÓPSIA PLEURAL (ESPECIALISTA-CIRURGIA TORÁCICA)	
EXAME BIÓPSIA GANGLIONAR	VIA REGULAÇÃO/ENCAMINHADO A PEQUENAS CIRURGIAS
EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	ENCAMINHAMENTO VIA REGULAÇÃO
EXAME ULTRASSONOGRAFIA	ENCAMINHAMENTO VIA REGULAÇÃO
EXAME RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	ENCAMINHAMENTO VIA REGULAÇÃO
EXAME DE BRONCOSCOPIA COM LAVADO BRONCOALVEOLAR	
ATENÇÃO PRIMÁRIA	
ATENDIMENTO DE PACIENTES ADULTOS	TODOS OS CENTROS DE SAUDE
ATENDIMENTO DE CRIANÇAS	TODOS OS CENTROS DE SAUDE
ATENÇÃO SECUNDÁRIA	
ATENDIMENTO DE PACIENTES COM CO-INFECÇÃO HIV EM ADULTOS	ASSISTENCIA COMPARTILHADA: CENTROS DE SAUDE + REFERÊNCIA SECUNDÁRIA
ATENDIMENTO DE PACIENTES TBMDR	ASSISTENCIA COMPARTILHADA: REFERÊNCIA SECUNDARIA + CENTROS DE SAUDE (T.D.O.)
ATENÇÃO TERCIÁRIA – INTERNAÇÃO (HOSPITAIS DE REFERÊNCIA)	
ATENDIMENTO DE PACIENTES ADULTOS	HOSPITAL NEREU RAMOS
ATENDIMENTO DE CRIANÇAS	HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Anexo 8 - FICHA DE TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTB) - QUIMIOPROFILAXIA

DADOS GERAIS

1- DATA DE INÍCIO DA QUIMIOPROFILAXIA / /		2- PROVA TUBERCULÍNICA (PT): _____ milímetros (mm)
3- CÓDIGO MUNICÍPIO	4- NOME MUNICÍPIO	5- REGIONAL DE SAÚDE
6- CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE	7- NOME UNIDADE DE SAÚDE	

DADOS DO CASO

8- NOME DO CASO PARA QUIMIOPROFILAXIA		
9- DATA NASCIMENTO / /	10- IDADE | | D- DIAS M- MESES A- ANOS	11. SEXO 1- MASCULINO 2- FEMININO
12- GRAU DE INSTRUÇÃO 1- ANALFABETO 2- 1º GRAU 3- 2º GRAU 4- SUPERIOR 5- NÃO SE APLICA 9- IGNORADO		13- BCG 1- SIM 2- NÃO

RESIDÊNCIA

14- CÓDIGO MUNICÍPIO	15- NOME DO MUNICÍPIO		
16- CÓDIGO BAIRRO	17- BAIRRO	18- ZONA 1- URBANA 2- RURAL	19- UF
20- ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, Nº APTº)			
21- PONTO DE REFERÊNCIA		22- TELEFONE ( )	

DADOS COMPLEMENTARES (se contato caso tb)

23- NOME DO CASO ÍNDICE	24- NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO (SINAN)
25- BACILOSCOPIA DE ESCARRO 1- POSITIVA 2- NEGATIVA 3- NÃO REALIZADA	26- CONTATO 1- INTRADOMICILIAR 2- ESCOLA 3- TRABALHO 4- PRESÍDIO 5. OUTRO

1.1.1 INDICAÇÃO DA QUIMIOPROFILAXIA

27-

1. **Recém-nascido** coabitante de caso de tuberculose pulmonar (bacilífera ou não). A isoniazida é administrada por três meses e após esse período, faz-se Prova Tuberculínica (PT). Se PT for ≥ 5mm, a quimioprofilaxia deve ser mantida por mais 3 meses. Se PT for < 5mm, suspender o uso da isoniazida e aplica-se a vacina BCG.
2. **Crianças menores de 10 anos** (exceto recém-nascidos), não vacinados com BCG, que tiveram contato com caso de tuberculose pulmonar (bacilífera ou não), com radiologia pulmonar normal, sem sinais compatíveis de tuberculose-doença, com PT ≥ 5 mm.
3. **Crianças menores de 10 anos** (exceto recém-nascidos), vacinados com BCG a mais de 02 anos, que tiveram contato com caso de tuberculose pulmonar (bacilífera ou não), com radiologia pulmonar normal, sem sinais compatíveis de tuberculose-doença, com PT ≥ 5 mm.
4. **Crianças menores de 10 anos** (exceto recém-nascidos), vacinados com BCG a menos de 02 anos, que tiveram contato com caso de tuberculose pulmonar (bacilífera ou não), com radiologia pulmonar normal, sem sinais compatíveis de tuberculose-doença, com PT ≥ 10 mm.
5. **Indivíduos com viragem tuberculínica recente** (até 12 meses), isto é, que tiveram um aumento na resposta à PT ≥ 10 mm.
6. **Imunodeprimidos** por uso de drogas ou por doenças imunossupressoras, contatos ou não de caso bacilífero, sob criteriosa decisão médica (conforme critérios do Manual de Normas Tuberculose 2010). Especificar: _____
7. **Quimioprofilaxia em pacientes HIV+**
   - Com radiografia de tórax normal e: 1) assintomático e com PT ≥ 5 mm ou 2) contatos intradomiciliares ou institucionais de tuberculose bacilífera, independente do PT ou 3) PT não reator à tuberculina ou com induração entre 0-4 milímetros, com registro documental de ter sido reator a prova tuberculínica, e não submetido a tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião.
   - Com radiografia de tórax anormal e presença de cicatriz radiológica de tuberculose sem tratamento anterior (afastada possibilidade de tuberculose ativa através de exames de escarro e radiografias anteriores), independentemente do resultado da prova tuberculínica.
8. **Grávidas:** Se HIV positivo (contato e independente resultado PT ou não contato e com PT ≥ 5 mm) tratamento ILTB após o 3º mês de gestação. Se HIV negativo, contato, com PT ≥ 10 mm, tratamento ILTB após parto.
9. **Adultos e adolescentes (>10anos):** que tiveram contato com caso de tuberculose pulmonar (bacilífera ou não), com radiologia pulmonar normal, sem sinais compatíveis de tuberculose-doença, com PT ≥ 10 mm (com rigorosa análise custo-benefício).
10. **Outra:** Justificar situação clínica/epidemiológica. _____

ESQUEMA TRATAMENTO

28**- Isoniazida**, VO, 5-10 mg/kg/dia (dose máxima: 300 mg/dia) por seis meses consecutivos (ou até nove meses com mínimo 180 e máximo 270 doses).

1.1.1.1.1 MÉDICO RESPONSÁVEL

29- NOME	30- CARIMBO/ASSINATURA

ANEXO 09 - FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONTATOS DE CASO DE TBMDR
NOME DO CASO ÍNDICE:_____
Nº NOTIFICAÇÃO TBMDR: _____

Nome	Idade	Parentesco	Sintomas TB		Cicatriz BCG		PROPEDÊUTICA															CONCLUSÃO			CONDUTA		
							PPD		RX					BAAR			Cultura			TSA							
									Sim					Sim			Sim			Sim							
			Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Normal	Sugestivo	Seqüela	Outras Dças	Não	Positiva	Negativa	Não	Positiva	Negativa	Não	TBMR	Não TBMR	Não	Doença	Infecção	Normal	Tratamento	Quimioprofilaxia	Observação

REFERÊNCIAS

1. Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes – Versão 2 .
2. Folheto apresentação do Ministério da Saúde da "Reunião Estadual para Divulgação das mudanças no sistema de tratamento da Tuberculose no Brasil" realizado pela SES/ DIVE em Balneário Camboriú /SC em 04/Nov/2009.
3. . Cartaz de mesa para Unidade Básica – Recomendações para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes
4. Cartaz de mesa para Unidade de Referência – Recomendações para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes.
5. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasil, 2010. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527
6. Relatório do III Fórum para Discussão da Quimioprofilaxia em Santa Catariana. Realizado em 30 de julho de 2010 pela DIVE/SES/SC.
7. Guia de Tuberculose Multirresistente. Brasil, 2007.
8. Ficha de Tratamento de Infecção Latente da Tuberculose (ILTB). DIVE/SES/SC. 2010.

Florianópolis, 22 de março de 2011.

Antônio Anselmo Granzotto de Campos
Diretoria de Vigilância em Saúde
PMF - SMS

Monich Melo Cardoso
Diretoria de Vigilância em Saúde
Gerência de Vigilância Epidemiológica