



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

Nota Informativa
PMCT 10/2026

TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO PARA TUBERCULOSE ADULTOS E ADOLESCENTES

Atualizada em junho/26

2026

Prefeitura Municipal de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

Nota Informativa PMCT: 10/2026
São Paulo, 03 de junho de 2026

TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO PARA TUBERCULOSE ADULTOS E ADOLESCENTES

No Brasil, desde 2009, utiliza-se, para o tratamento da Tuberculose (TB), o esquema básico composto pela Rifampicina, Isoniazida, Etambutol e Pirazinamida na fase intensiva (fase 1) e Rifampicina e Isoniazida na fase de manutenção (fase 2), combinadas em comprimidos únicos para facilitar a tomada da medicação e a adesão ao tratamento.

O tempo de tratamento consiste em pelo menos 6 meses, dividido em duas fases: fase intensiva ou fase 1 e fase de manutenção ou fase 2. A fase intensiva deve ser de pelo menos 2 meses (60 doses) enquanto a fase de manutenção deve ser de, pelo menos, 4 meses (120 doses).

As medicações para o tratamento da TB são divididas em: drogas de primeira linha e drogas de segunda linha. As drogas de primeira linha são escolhidas para compor o esquema básico de tratamento e as drogas de segunda linha são reservadas para o tratamento de tuberculose resistente ou situações que impossibilitem o uso do esquema básico.

O Quadro 1 apresenta o esquema padronizado para o tratamento da TB de todas as formas.

Quadro 1. Esquema básico para o tratamento de Tuberculose pulmonar e extrapulmonar em **adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)**

ESQUEMA	FAIXA DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE – dose fixa combinada (rifampicina 150mg/ Isoniazida 75mg/ pirazinamida 400mg/ etambutol 275 mg)	20 a 35 kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva ou fase 1)
	36 a 50 kg	3 comprimidos	
	51 a 70 kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 kg	5 comprimidos	
RH – dose fixa combinada Apresentação dose plena rifampicina 300mg/ Isoniazida 150mg Apresentação meia dose rifampicina 150mg/ Isoniazida 75mg	20 a 35 kg	1 comprimido de 300/150 mg	4 meses (fase manutenção ou fase 2)
	36 a 50 kg	1 comprimido de 300/150 mg + 1 comprimido de 150/75 mg	
	51 a 70 kg	2 comprimidos de 300/150 mg	
	Acima de 70 kg	2 comprimidos de 300/150 mg + 1 comprimido de 150/75 mg	

OBS: O tratamento da Tuberculose Óssea e Tuberculose no Sistema Nervoso Central é de 12 meses (2 meses de fase 1 + 10 meses de fase 2).

Em 2024, com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi implementado o tratamento encurtado para TB sensível não grave em crianças de 3 a 10 anos e adolescentes de 10 a 16 anos, conforme estabelecido na Nota Informativa N° 5/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS.

Esse esquema terapêutico reduz o tempo de tratamento para 4 meses, sendo composto por 2 meses de fase intensiva e 2 meses de fase de manutenção. Está indicado para crianças de 3 meses a 10 anos e adolescentes de 10 a 16 anos com diagnóstico de TB sensível não grave, sem suspeita de TB drogaresistente (TBDR).

De acordo com a Nota Informativa, considera-se TB não grave:

- 1) TB pulmonar com acometimento em linfonodos periféricos
- 2) TB intratorácica sem sinais de obstrução de vias aéreas
- 3) doença pulmonar paucibacilar não cavitária confinada a um lobo pulmonar sem padrão miliar
- 4) TB pleural não complicada. **(Quadro 2.)**

Em PVHIV, deve-se considerar grau de imunossupressão, o estado da terapia antirretroviral (TARV) e a presença de outras infecções oportunistas. O acompanhamento deve ser realizado pelo profissional do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para definição mais adequada do tempo de tratamento.

O principal tratamento continua sendo com duração de no mínimo 6 meses.

Quadro 2. Classificação de TB sensível não grave segundo critérios clínicos, bacteriológicos e radiológicos presentes no diagnóstico de Tuberculose

	CRITÉRIOS
CLÍNICOS	- Sintomas leves que não necessitem de internação - TB ganglionar (periférica) isolada extratorácica, sem envolvimento confirmado ou suspeita de TB em outros locais extrapulmonares - Desaparecimento de sintomas no primeiro mês de tratamento
BACTERIOLÓGICO	- TRM-TB não detectado - TRM-TB detectado com traços - Baciloscopia negativa
RADIOLÓGICOS (REALIZADO NO DIAGNÓSTICO)	- TB intratorácica sem sinais de obstrução de vias aéreas - Não cavitária (confinada a um lobo pulmonar) - Sem padrão miliar - TB pleural não complicada (sem pneumotórax ou empiema)

Fonte : Adaptado da Nota Informativa n° 5/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS

O esquema de tratamento encurtado é composto pelos mesmos medicamentos do esquema básico, diferindo apenas no tempo de duração do tratamento, que é reduzida de 6 para 4 meses exclusivamente em crianças e adolescentes de 3 meses a 16 anos com TB sensível e não grave.

Nos casos em que a evolução clínica seja insatisfatória, o tratamento encurtado deve ser estendido para pelo menos 6 meses (180 doses), com a fase de manutenção estendida de 2 para 4 meses.

Quadro 3. Regime do tratamento da TB Pulmonar segundo a faixa etária e gravidade da doença.

IDADE E GRAVIDADE	DURAÇÃO E COMPOSIÇÃO DO REGIME DE TRATAMENTO	
	FASE INTENSIVA	FASE DE MANUTENÇÃO
Crianças ≥ 10 anos e adolescentes < 16 anos		
TB pulmonar não grave	2RHZE ^a	2RH ^a
TB pulmonar grave	2RHZE ^a	4RH ^a

Fonte: NOTA INFORMATIVA Nº 5/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS, adaptado da WHO, 2022.

a) A partir dos 10 anos de idade utilizar os comprimidos rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE) em dose fixa combinada na fase de ataque, seguidos de RH também em dose fixa combinada na manutenção.

1. TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

1.1 Gestantes

O tratamento da TB em gestantes deve ser realizado com o esquema básico, utilizando-se as doses habituais de acordo com o peso. Recomenda-se associar o uso de **Piridoxina 50 mg/dia (dose máxima de 200mg/dia)** devido ao risco de toxicidade neurológica fetal relacionado ao uso da isoniazida.

A amamentação não é contraindicada para paciente em tratamento de TB, exceto nos casos de mastite por TB ou em pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Em mães bacilíferas deve-se orientar o uso de máscara durante os cuidados com o recém-nascido (RN), como medida para reduzir o risco de transmissão.

Após o parto, o RN deve ser avaliado quanto a presença de TB ativa, especialmente quando o diagnóstico materno for em idade gestacional avançada, para descartar TB congênita. Uma vez excluída a TB ativa, avaliar a indicação de quimioprofilaxia primária para o RN.

Os casos de gestantes com indicação de esquema de tratamento diferente do esquema básico devem ser avaliados individualmente, considerando os riscos e benefícios materno-fetais.

1.2 Pessoas vivendo com HIV

Pessoas vivendo com HIV (PVHIV) com diagnóstico de TB devem ser acompanhados pelo SAE IST/AIDS para o tratamento do TB/HIV, com conduta e acompanhamento realizado pelo infectologista.

O tratamento do HIV deve ocorrer em paralelo ao tratamento da TB. Recomenda-se iniciar a terapia antirretroviral (TARV) em até sete dias após o início do tratamento da TB, independentemente da contagem de CD4.

Nos casos de meningite tuberculosa associada ao HIV, entretanto, a TARV deve ser iniciada de forma mais tardia, entre a quarta e a sexta semana após o início do tratamento da TB.

Nos casos de TB/HIV, o exame de genotipagem deve ser realizado: em pessoas sem histórico prévio ou atual de uso de Tarv. Para a solicitação do exame dever ter: o intervalo entre a última CV-HIV e a solicitação do exame de genotipagem não deve ser maior que 12 meses e é obrigatório ter realizado um exame de CV-HIV e ter o resultado ≥ 500 cópias/mL. A solicitação do exame de genotipagem não deve atrapalhar o início da Tarv.

Para PVHIV em uso de Inibidores de Protease (IPs) como parte do esquema antirretroviral (ARV), é recomendado substituir a Rifampicina por Rifabutina na dose de 150mg/dia, devido a interação medicamentosa dos IPs com a rifampicina. Nestes casos, os demais medicamentos do esquema devem ser prescritos forma individualizada (Quadro 4).

Quadro 4. Esquema com Rifabutina para tratamento de TB/HIV em adultos

FASES DO TRATAMENTO	MEDICAMENTO	DOSE (MG/DIA) PARA CADA FAIXA DE PESO				
		30 a 35 kg	36 a 45 kg	46 a 55kg	56 a 70 kg	acima de 70kg
FASE DE INTENSIVA OU FASE (2 MESES)	Rifabutina	150	150	150	150	150
	Isoniazida	150	200	300	300	300
	Pirazinamida	1000	1000	1000 a 1500	1500	2000
	Etambutol	800	800	800 a 1200	1200	1200
FASE MANUTENÇÃO OU FASE 2 (4 MESES)	Rifabutina	150	150	150	150	150
	Isoniazida	150	200	300	300	300

Fonte: CGTM/Dathi/SVSA/MS.

Recomenda-se também o uso de Piridoxina 50mg/ dia (dose máxima de 200mg/dia) para todo paciente com TB/HIV.

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) pode ser realizado na unidade básica de saúde mais próxima da residência do paciente, cabendo ao próprio paciente, a escolha do local onde realizará este TDO.

1.3 Nefropatia

Os pacientes que têm algum grau de nefropatia devem ter o clearance de creatinina calculado para adequação do esquema de tratamento.

A rifampicina e isoniazida não necessitam de ajuste de dose conforme a função renal. A pirazinamida e o etambutol devem ser administrados três vezes por semana, após a realização da diálise (consultar a tabela de ajuste de medicamentos e por peso nas páginas 179 e 180 do Manual de Recomendações para o Controle de Tuberculose no Brasil, 2019).

Na fase intensiva (fase 1) recomenda-se o uso do esquema RIPE 3 vezes por semana, nos dias de diálise e após a hemodiálise, e esquema RI nos dias SEM diálise, durante 2 meses, conforme peso do paciente. Na fase de manutenção (fase 2) administrar o esquema RI diariamente por 4 meses.

1.4 Diabetes

A rifampicina e isoniazida interagem com os hipoglicemiantes orais utilizados para o tratamento de diabetes mellitus, dificultando o controle glicêmico destes pacientes. O controle adequado do diabetes é de extrema importância para a efetividade do tratamento da TB, uma vez que o não controle retarda a resposta antimicrobiana necessária.

O tratamento deve ser realizado com **esquema básico**, por pelo menos **6 meses**, associado ao uso de **Piridoxina 50mg/dia** (dose máxima de 200mg/dia)

Recomenda-se o monitoramento mensal da glicemia e da baciloscopia. Nos casos de demora na negativação da baciloscopia, pode-se prorrogar o tratamento para 9 meses, com realização de baciloscopia e cultura no sexto e nono mês de tratamento.

O controle glicêmico pode ser realizado por glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, e hemoglobina glicada. Quando não houver o controle adequado da glicemia com uso de hipoglicemiante oral, deve-se iniciar esquema de tratamento do diabetes com insulina.

1.5 Resultado de TRM-TB resistente

Os pacientes que apresentarem o resultado de TRM detectado com resistência à rifampicina, identificado antes ou durante o tratamento deverão:

- Realizar coleta de uma segunda amostra, com solicitação de cultura e teste de sensibilidade.
- Ser encaminhados, no menor prazo possível, à unidade de referência terciária para avaliação.
- Não iniciar o tratamento antes da avaliação e caso tenha iniciado, este deverá ser mantido até a avaliação e definição de conduta na referência terciária.

2. ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Os pacientes em tratamento de TB, qualquer que seja o local de acometimento, devem ser acompanhados em **consultas mensais na unidade de saúde responsável pelo tratamento**.

Antes de iniciar o tratamento devem ser avaliados:

- Presença de comorbidades;
- Alterações da função hepática e renal;
- Presença de diabetes;
- Uso de medicamentos que possam interagir com os fármacos antituberculose.

Importante que seja oferecido a todos os pacientes com TB o TDO, especialmente em pessoas com TBDR e PSR.

É recomendado que após 15 dias de início de tratamento, o paciente tenha um retorno breve para avaliação de adesão, eventos adversos precoces e possível necessidade de repetição de exames laboratoriais.

No retorno mensal, deve ser avaliado: **ganho ou perda de peso que requeira ajuste de dose dos medicamentos**, adesão ao tratamento, persistência ou melhora dos sintomas, presença de possíveis sinais e sintomas de eventos adversos, uso de medicamentos que possam interagir com os medicamentos da TB e exames de controle do tratamento (Quadro 5).

A realização do teste de HIV deve acontecer de maneira oportuna no diagnóstico da TB, independente da idade do paciente. Caso não seja realizado no momento do diagnóstico, este deve ser realizado durante o tratamento.

A evolução clínica deve ser avaliada mensalmente. Considera-se evolução desfavorável a ausência de melhora clínica e/ou persistência de sintomas e/ou aparecimento de outros sintomas, persistência de baciloscopia positiva durante o tratamento, piora da imagem radiológica.

Diante da evolução desfavorável, deve-se investigar a falha na adesão ao tratamento, a resistência aos medicamentos, outro diagnóstico ou outras doenças associadas, e se necessário realizar o encaminhamento à referência secundária.

Para a avaliação da evolução clínica da pessoa em tratamento para TB deve-se considerar o quadro abaixo:

EVOLUÇÃO CLÍNICA	CRITÉRIO CLÍNICO	CRITÉRIO BACTERIOLÓGICO	CRITÉRIO RADIOLÓGICO
Favorável	Melhora clínica	Negativação da baciloscopia e cultura	Melhora do aspecto radiológico
Desfavorável	Ausência de melhora clínica	Persistência de baciloscopia ou cultura positiva	Imagem com evidência de atividade da doença

Fonte : adaptado do Manual de Tuberculose, 2019

Nos retornos mensais, é importante a solicitação de baciloscopia de controle para avaliar a eficácia do tratamento. No segundo e quarto mês de tratamento, juntamente com a baciloscopia de controle, deve ser realizada a cultura, que se positiva deve ser encaminhada para identificação de espécie e teste de sensibilidade. Caso não seja possível a coleta de escarro para controle (TB extrapulmonar ou ausência de escarro), deve-se levar em consideração a evolução clínica e /ou radiológica.

O uso de piridoxina (vitamina B6) está recomendado para:

- Gestantes que fazem uso do esquema básico de tratamento da TB, dado o risco de toxicidade neurológica ao feto, atribuído à isoniazida;
- Pessoas com coinfeção TB-HIV, pelo alto risco de neuropatia periférica atribuído ao tratamento da TB em sinergia com alguns antirretrovirais;
- Pessoas com desnutrição e pessoas com diabetes, ambos em tratamento da TB, como estratégia de prevenir o aparecimento da neuropatia periférica;
- Pessoas com neuropatia periférica causada pelo tratamento da TB (atribuída, principalmente, à isoniazida).

A dose recomendada é de 50 a 200mg/dia de acordo com a sintomatologia apresentada, não devendo ultrapassar a dose máxima de 200mg/dia.

No caso de tratamento encurtado de TB sensível não grave é esperado que os sintomas desapareçam dentro de um mês após início de tratamento e que a criança ou adolescente esteja com o estado nutricional normal ao final de 4 meses.

Durante o acompanhamento, caso haja alteração de qualquer critério de elegibilidade para o tratamento encurtado (aparecimento de baciloscopia positiva, piora de exame de imagem, retorno dos sintomas), o esquema de tratamento encurtado deverá ser substituído pelo tratamento mínimo de 6 meses.

Recomenda-se que os casos de TB em tratamento com o esquema básico (duração de seis meses) sejam encerrados no sistema em até nove meses e que os casos de TB meningoencefálica / óssea (duração de 12 meses) sejam encerrados no sistema em até 15 meses, devendo cada caso ser avaliado individualmente com base nas comorbidades.

Quadro 5: Acompanhamento clínico e laboratorial de paciente em tratamento de Tuberculose (adolescentes e adultos)

PROCEDIMENTOS	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	OBS
CONSULTAS	X	X	X	X	X	X	Uma maior frequência: a critério clínico
TESTE DE HIV	X						Realizar a cada novo início de tratamento
AVALIAR ADESÃO	X	X	X	X	X	X	Durante todo o tempo de tratamento
BACILOSCOPIA DE CONTROLE (ESCARRO)	X	X Escarro com baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade. Se baciloscopia positiva incluir TRM para pesquisa de resistência a R.	X	X Escarro com baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade. Se baciloscopia positiva incluir TRM para pesquisa de resistência a R.	X	X	Casos pulmonares
RX DE TÓRAX (EXAMES DE IMAGEM)		X				X	Todos os tipos de TB. Repetir a critério clínico
EXAMES: GLICEMIA, FUNÇÃO HEPÁTICA E RENAL.	X						Função hepática no início do tratamento e 15 dias após. A critério clínico: repetir exames

Fonte : adaptado do Manual de Tuberculose, 2019.

2.1 SITUAÇÕES ESPECIAIS DO ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

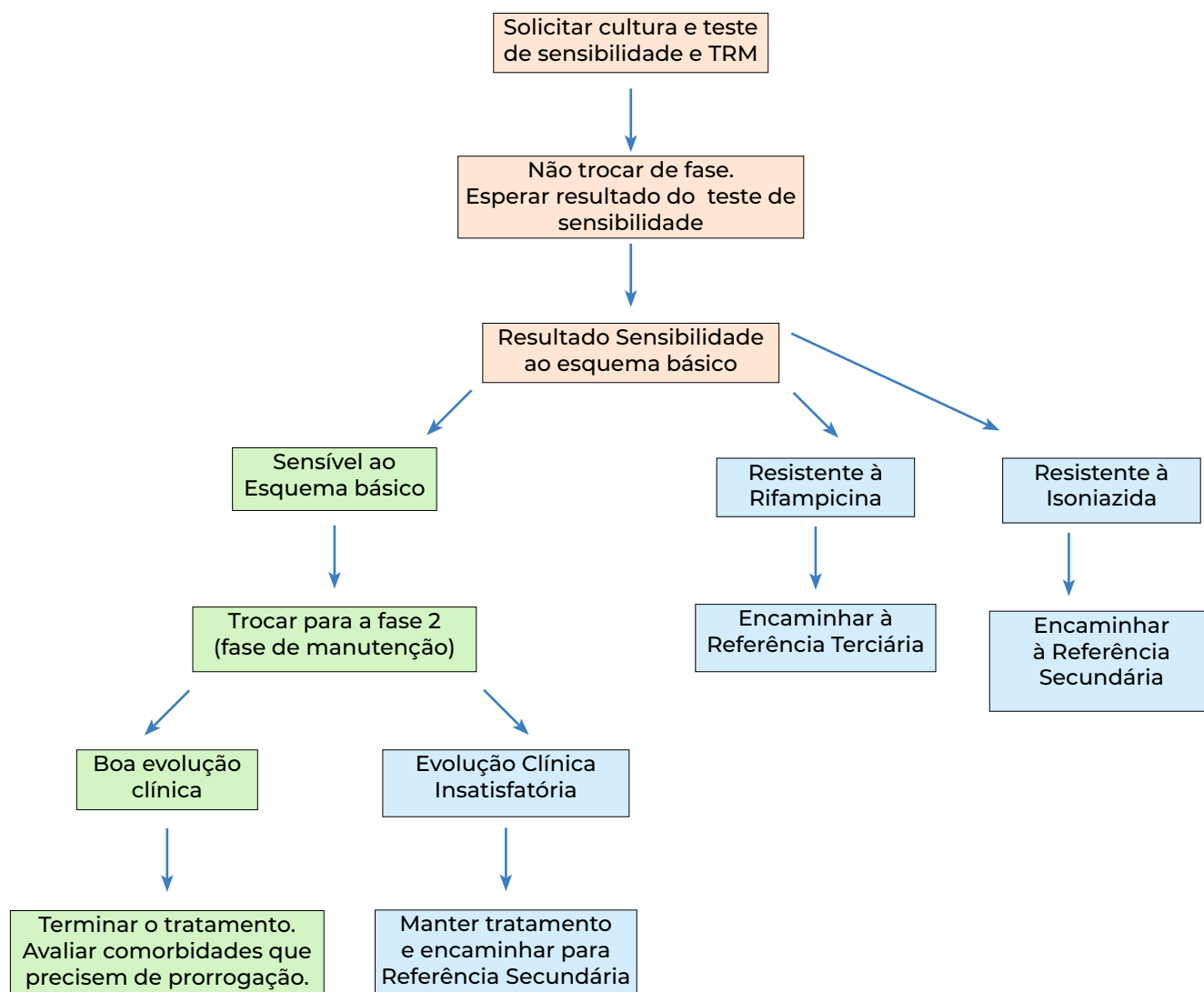
2.1.1 Baciloscopia positiva durante o tratamento

BACILOSCOPIA POSITIVA NO 2º MÊS DE TRATAMENTO	MANTER O ESQUEMA DE TRATAMENTO DA 1ª FASE ATÉ DEFINIÇÃO. AVALIAR A EFETIVA ADESÃO AO TRATAMENTO ESPECIALMENTE SE NÃO ESTIVER EM TDO
	1. Verificar se foi solicitada a cultura e o teste de sensibilidade (TS) da amostra. Em caso negativo, solicitar nova amostra de escarro com cultura e TS
	2. Solicitar realização de TRM-TB para avaliar resistência a rifampicina: em caso de resistência a Rifampicina detectada, encaminhar à referência terciária.
	3. Aguardar o resultado da cultura para troca de medicamentos da fase intensiva (fase 1) para fase de manutenção (fase 2).
	4. Após resultado de cultura: • Cultura negativa: trocar de fase para fase de manutenção (RI), sem necessidade de prolongar o tratamento. • Cultura positiva: encaminhar para referência secundária ou terciária
	5. Resultado de TS: • TS sensível: manter o esquema básico de TB, realizar controle com exame de cultura no 4º e 6º de tratamento. • TS resistente: - resistência a rifampicina: encaminhar para referência terciária - resistência a isoniazida ou outro medicamento diferente de rifampicina: encaminhar a referência secundária
	6. Ver Fluxograma 1
BACILOSCOPIA POSITIVA NO 3º OU 4º MÊS DE TRATAMENTO	AVALIAR A EFETIVA ADESÃO AO TRATAMENTO ESPECIALMENTE SE NÃO ESTIVER EM TDO.
	1. Verificar se foi solicitada a cultura e o TS da amostra. Em caso negativo, solicitar nova amostra de escarro com cultura e TS
	2. Solicitar realização de TRM-TB para avaliar resistência a rifampicina: em caso de resistência a Rifampicina detectada, encaminhar à referência terciária.
	3. Paciente com boa evolução clínica: manter fase 2 (RI), podendo ser encaminhado para a referência secundária.
	4. Paciente com evolução clínica insatisfatória (perda de peso, retorno de tosse, piora radiológica, retorno de febre, etc.): encaminhar à referência secundária.
	5. Após resultado de cultura: • Cultura negativa: avaliar prorrogação de tratamento. • Cultura positiva: encaminhar para referência secundária ou terciária
	6. Resultado de TS: • TS sensível: manter o esquema básico de TB e avaliar prorrogação de tratamento. • TS resistente: - resistência a rifampicina: encaminhar a referência terciária - resistência a isoniazida ou outro medicamento diferente de rifampicina: encaminhar a referência secundária.
	7. Ver Fluxograma 2

Fonte : PMCT

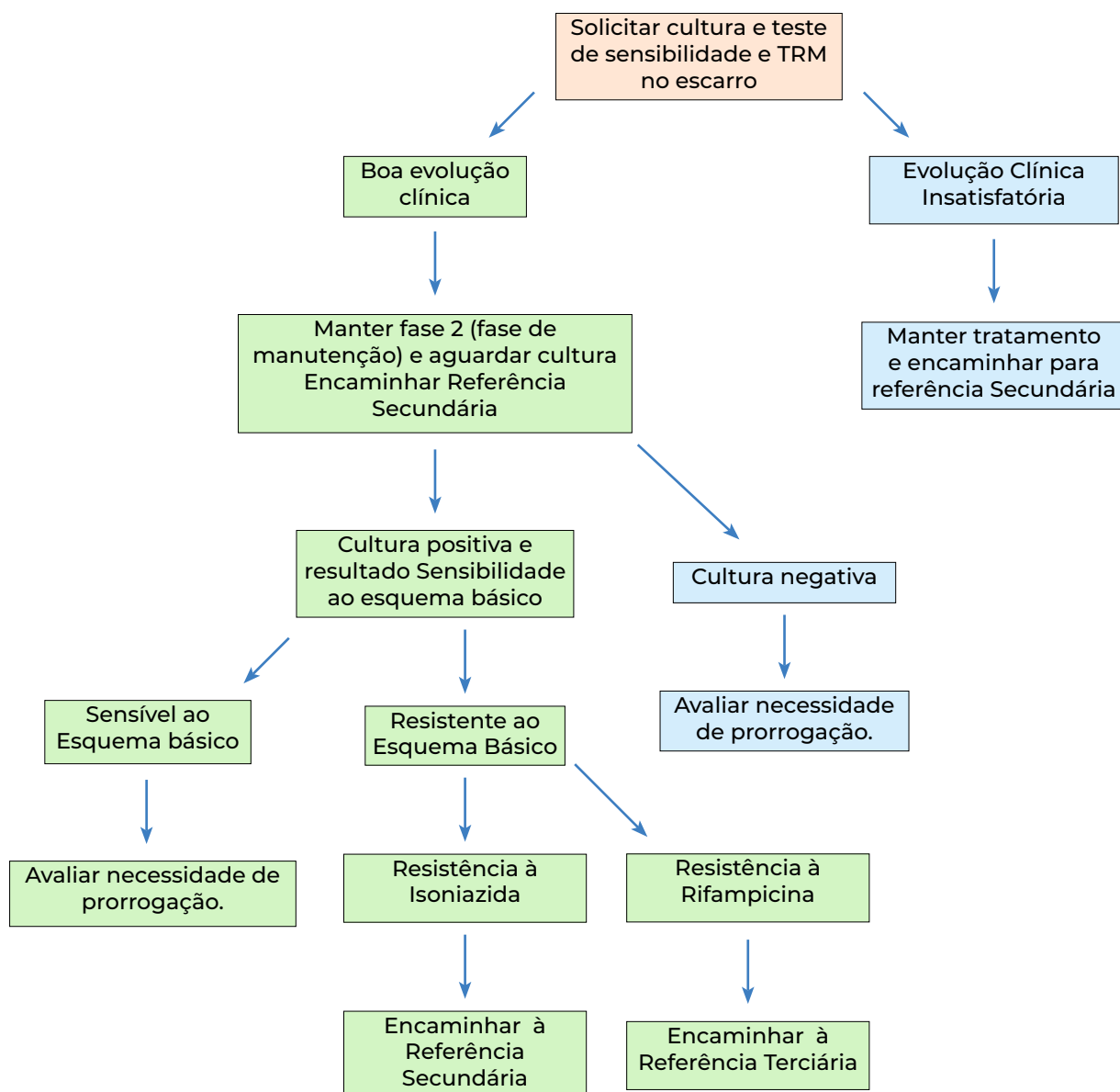
OBS: Em ambas as situações o paciente poderá ser encaminhado à referência secundária no momento da baciloscopia positiva. Solicitamos, entretanto, que o encaminhamento seja realizado juntamente com a solicitação de escarro com cultura e teste de sensibilidade.

Fluxograma 1: Baciloscopia positiva 2º mês de tratamento



Fonte : PMCT

Fluxograma 2: Baciloscopia positiva 4º mês de tratamento



Fonte : PMCT

3. PRINCIPAIS CRITÉRIOS DE ENCERRAMENTO:

O encerramento dos casos de TB é realizado de acordo com os seguintes critérios:

- **CURA:** o paciente que apresentar duas baciloscopias e/ou culturas negativas, sendo uma em qualquer mês de acompanhamento e outra ao final do tratamento (5º ou 6º mês). Para os casos com necessidade de ampliar o tempo de tratamento, serão considerados os dois últimos meses. A alta por cura também será dada ao paciente que completou o tratamento (mínimo de 180 doses) sem evidência de falência e que teve alta com base em critérios clínicos e radiológicos, por impossibilidade de realização de exames de baciloscopia.
- **PERDA DE SEGUIMENTO** (abandono): o paciente que fez uso de medicamento por 30 dias ou mais e interrompeu o tratamento por 30 dias consecutivos ou mais.
- **PERDA DE SEGUIMENTO PRIMÁRIO** (abandono primário): o paciente que fez uso de medicamento por menos de 30 dias e interrompeu o tratamento por 30 dias consecutivos ou mais, ou quando o paciente diagnosticado não iniciar o tratamento.
- **FALÊNCIA** pode ser considerada nas seguintes situações: persistência da baciloscopia de escarro positiva ao final do tratamento; doentes que no início do tratamento apresentavam baciloscopia fortemente positiva (++ ou ++++) e mantiveram essa situação até o 4º mês; baciloscopia positiva inicial seguida de negativação e de novos resultados positivos por 2 meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento. O aparecimento de poucos bacilos no exame direto do escarro, nas proximidades do 5º ou 6º mês do tratamento, isoladamente, não significa, necessariamente, a falência do tratamento. O paciente deverá ser acompanhado com exames bacteriológicos (baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade antimicrobiana) para melhor definição.
- **MUDANÇA DE DIAGNÓSTICO:** considerar quando durante acompanhamento tiver alteração no diagnóstico com exclusão de tuberculose.
- **ÓBITO CAUSA TUBERCULOSE:** pessoa em tratamento de tuberculose cujo óbito tem como causa básica a tuberculose.
- **ÓBITO POR OUTRA CAUSA:** pessoa em tratamento de tuberculose que evoluiu a óbito por outra causa diferente da tuberculose, por exemplo pessoa vivendo com HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, 2019. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes. Brasília; 2009[citado 2009 dez 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_versao_28_de_agosto_v_5.pdf

Souza M.V.N., Vasconcelos T.R.A. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. Quim. Nova, Vol. 28, No. 4, 678-682, 2005.

NOTA INFORMATIVA Nº 5/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS. **Implementação do tratamento encurtado da tuberculose sensível não grave em crianças e adolescentes (2RHZ (E)/ 2RH).** Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmica e Micobactérias não Tuberculosas, Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. - 6. ed. rev.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 3 v. : il. Modo de acesso: World Wide Web: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6edrev.pdf ISBN 978-65-5993-505-5

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 2 : Coinfecções e Infecções Oportunistas/** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024

NOTA TÉCNICA Nº 74/2026-CGHA/.DATHI/SVSA/MS. **Qualificação do processo de solicitação e realização do exame de genotipagem do HIV-1 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS, Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde.

**Programa Municipal de Controle de Tuberculose
Divisão de Vigilância Epidemiológica
Coordenadoria de Vigilância em Saúde**