

Nota Informativa

Programa Estadual de Controle da Tuberculose - CEVS/SES-RS

Nº 12/2026

Fluxo de Transferências Intermunicipais e Interestaduais



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



PECT/RS

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que requer um tratamento de, no mínimo, seis meses de duração, além disso, após notificado, o caso deve ser acompanhado mensalmente até o final do tratamento (Brasil, 2019).

Por se tratar de um agravo de notificação compulsória, conforme a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, todo serviço de saúde, seja ele público ou privado, responsável pelo diagnóstico laboratorial ou clínico deve realizar a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), por meio da ficha de notificação/investigação - Anexo I. Tais notificações referentes ao mesmo tratamento, devem ser vinculadas no Sinan no nível municipal e estadual (Brasil, 2019).

Levando em consideração o extenso período de tratamento e a possibilidade de transferência de local de tratamento para outro serviço/município/estado/país e a ausência de fluxo de retorno no agravo da tuberculose, esta nota informativa tem como objetivo padronizar e orientar os serviços e profissionais de saúde a respeito do fluxo de transferências intermunicipais (mesma UF) e interestaduais (UF diferente) de pacientes em acompanhamento da TB em uso de esquema básico, de forma a evitar possíveis interrupções de tratamento.



Atenção:

As transferências de casos de infecção latente da tuberculose deverão ser realizadas diretamente na plataforma on-line ILTB. Da mesma forma, as transferências de casos de tuberculose drogarr resistente/mudança de esquema deverão ser efetuadas diretamente na plataforma SITE-TB. **Utilizando-se este formulário exclusivamente para casos de tuberculose em uso de esquema básico no Sinan.**

1. Transferências Intermunicipais

Em março de 2025 foi instaurada a automatização do fluxo de transferências intermunicipais no estado do Rio Grande do Sul por meio do preenchimento do formulário *online*, visando garantir maior taxa de adesão ao tratamento por meio da simplificação do processo de trabalho ao centralizar as informações de transferência e acelerar o envio e recebimento do documento e notificação pelo município de destino, para que o mesmo dê seguimento ao tratamento o mais breve possível.



Atenção:

Deverá ser acordado entre o município a escolha do **serviço responsável** pelo preenchimento do formulário de transferências.

As **unidades de atendimento/sistema prisional/sistema hospitalar ou de emergência** deverão informar imediatamente ao serviço que realiza o preenchimento do Sinan, para que o mesmo encerre a notificação adequadamente e realize o preenchimento da transferência.

Ao realizar o preenchimento do formulário *online*, o município de destino indicado receberá automaticamente via e-mail o anexo do Documento de Transferência preenchido e a ficha de notificação do Sinan (caso anexada pelo município de origem).

O município de origem receberá em cópia o e-mail enviado como forma de confirmação de envio da transferência, além da disponibilidade do contato do município de destino. Também é enviado em cópia para o coordenador da regional de saúde do município de destino e em caso de pessoa privada de liberdade (PPL), para o e-mail da Polícia Penal do Rio Grande do Sul.

Atribuições do município de origem:

1º - Orientar o paciente a ser transferido a respeito do processo de transferência e explicar as consequências da interrupção de tratamento;

2º - Entregar a quantidade de medicação suficiente para que o paciente chegue no serviço de destino, visando garantir que ele busque atendimento na em tempo oportuno;

3º - Na tela de acompanhamento do Sinan, realizar o **encerramento da ficha de notificação** através do preenchimento do Campo 62 - “Situação de Encerramento” com o dígito 5 - “**Transferência**” e, posteriormente, o Campo 63 - “Se transferência”, com o dígito 1 - “Mesmo município”, ou 2 - “Município diferente” (mesma UF)”. O Campo 66 - “Data de Transferência” deverá ser preenchido com a data da última dispensação da medicação anterior à transferência;

4º - Preencher o [formulário de transferências intermunicipais](#) de forma mais completa possível contendo todas as informações que orientarão o município de destino na continuidade do tratamento, bem como resultados de exames realizados e, essencialmente, o esquema terapêutico e a quantidade de medicação fornecida ao paciente até chegar no serviço de destino;

5º - O município de origem é responsável não somente pela notificação e transferência do caso, mas também pela confirmação se o paciente chegou no município de destino.

No formulário, no campo “Obs 1”, poderão ser adicionadas informações quanto ao diagnóstico do tratamento e no campo “Obs 2”, poderão ser incluídas orientações adicionais a respeito do tratamento.

Atribuições do município de destino:

1º - Após recebimento do e-mail de transferência, realizar a busca ativa do paciente para a continuidade do tratamento no município;

2º - Realizar corretamente a notificação do paciente no Sinan quando do comparecimento do paciente ao serviço de saúde. Preencher o Campo 32 - “Tipo de Entrada” com o dígito 5 - “**Transferência**”;

3º - Caso paciente não compareça para continuidade do tratamento em até 30 dias, no e-mail de transferência recebido, selecionar a opção “responder a todos” e informar ao município de origem o não comparecimento do paciente e solicitar que atualizem o Campo 62 - “Situação de Encerramento” com o dígito 2 - “Abandono” ou dígito 10 - “Abandono Primário”, quando for o caso.

Atribuições do Coordenador Regional de Saúde:

Considerando que o Coordenador Regional de Saúde receberá uma cópia dos e-mails de transferência enviados, verificar se o e-mail do município de destino está correto e monitorar junto ao município de destino o seguimento e a notificação do paciente e dar suporte quanto ao funcionamento do fluxo de transferências aos devidos municípios referenciados.

2 - Transferências Interestaduais

Ao identificar um paciente que dará continuidade ao tratamento em outro estado, o serviço responsável deverá seguir as recomendações abaixo:

1º - Orientar o paciente a ser transferido a respeito do processo de transferência e explicar as consequências da interrupção de tratamento;

2º - Entregar a quantidade de medicação suficiente para que o paciente chegue no serviço de destino, visando garantir que ele busque atendimento em tempo oportuno;

3º - Na tela de acompanhamento do Sinan, realizar o **encerramento da ficha de notificação** através do preenchimento do Campo 62 - “Situação de Encerramento” com o dígito 5 - “**Transferência**” e, posteriormente, o Campo 63 - “Se transferência”, com o dígito 3 - “UF diferente”. O Campo 66 - “Data de Transferência” deverá ser preenchido com a data da última dispensação da medicação anterior à transferência;

4º - Realizar o preenchimento do [Documento de Transferência Interestadual](#) (Anexo II) - disponível na aba “Vigilância Epidemiológica/SINAN” no site oficial do CEVS/Tuberculose e encaminhar para o Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT-RS) através do e-mail tuberculose@saude.rs.gov.br, de preferência, com o anexo da notificação no Sinan.



Atenção:

Referente às transferências **intramunicipais** (mesmo município) e **internacionais** (país diferente), seguem as mesmas recomendações estabelecidas pelo [Protocolo para transferências nacionais e internacionais de pessoas em tratamento para tuberculose](#) (MS, 2018).

Conclusão

O processo de transferência intermunicipal e interestadual em tempo oportuno de pacientes em acompanhamento da tuberculose é fundamental para assegurar a continuidade do tratamento no serviço de destino. Visto isto, é necessário o fortalecimento das ações de busca ativa em casos de não comparecimento do paciente, de forma a garantir a adesão ao tratamento e, consequentemente, interromper a cadeia de transmissão da doença.

Portanto, reforça-se a importância do comprometimento das unidades de atendimento com a articulação da vigilância epidemiológica na qualificação de informações de tratamento e cumprimento do processo de transferências com a finalidade de garantir a integralidade da atenção e controle da doença no estado do Rio Grande do Sul.

Elaboração

Carla Jarczewski - Coordenadora do PECT/RS/HSP/SES-RS

Sabrina Godoy - HSP/DGHE/SES

Rosa Maria Albuquerque de Castro - PECT/RS/CEVS/SES

Silvana Boeira Zanella - PECT/RS/CEVS/SES

Maiara Lenise Lütz - PECT/RS/CEVS/SES

Ana Catarina Attianeze Branco - PECT/RS/CEVS/SES

Nelson da Silva Souza Bittencourt - PECT/RS/CEVS/SES

Brenda D'Agustini - PECT/RS/CEVS/SES

Programa Estadual de Controle da Tuberculose - PECT/RS

Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CEVS

Secretaria Estadual da Saúde - SES/RS

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvrs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso: maio, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo para transferências nacionais e internacionais de pessoas em tratamento para tuberculose**. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_transferencia_tratamento_tuberculose.pdf. Acesso: maio, 2026.

Anexo I - Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose - Sinan

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		Nº
CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose. CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	TUBERCULOSE		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	6 Data do Diagnóstico
	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	8 Data de Nascimento	
Notificação Individual	9 Nome do Paciente	10 Data de Nascimento		
	11 (ou) Idade	12 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	13 Gestante	14 Raça/Cor
	15 Escolaridade	16 Nome da mãe		
	17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe		
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	24 Geo campo 1
	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência
	29 CEP	30 DDD) Telefone	31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares do Caso				
Dados complementares	33 N° do Prontuário	34 Tipo de Entrada	35 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo	
	36 Populações Especiais	37 População Privada de Liberdade	38 Profissional de Saúde	39 Imigrante
	40 Forma	41 Se Extrapulmonar	42 Doenças e Agravos Associados	
	43 Doenças e Agravos Associados	44 Aids	45 Alcoolismo	46 Diabetes
	47 Doenças e Agravos Associados	48 Uso de Drogas Ilícitas	49 Tabagismo	50 Outras
	51 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)	52 Radiografia do Tórax	53 HIV	
	54 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB	55 Histopatologia	56 Teste de Sensibilidade	
	57 Cultura	58 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)	59 Teste de Sensibilidade	
	60 Data de Início do Tratamento Atual	61 Total de Contatos Identificados	62 Assinatura	
	63 Município/Unidade de Saúde	64 Cód. da Unid. de Saúde	65 Assinatura	

TELA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

48 UF	49 Município de Notificação Atual	Código (IBGE)	50 N° Notificação Atual
51 Data da Notificação Atual	52 Unidade de Saúde Atual	Código	
53 UF	54 Município de Residência Atual	Código (IBGE)	55 CEP
56 Distrito de Residência Atual	57 Bairro de Residência Atual		
58 Baciloscopias de acompanhamento (escarro) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 4 - Não se aplica			
☐ 1º mês ☐ 2º mês ☐ 3º mês ☐ 4º mês ☐ 5º mês ☐ 6º mês ☐ Após 6º mês			
59 Número do prontuário atual	60 Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	61 Total de contatos examinados	
62 Situação de Encerramento 1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TB 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência 6 - Mudança de Diagnóstico 7 - TB-DR 8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário			
63 Se transferência 1 - Mesmo município 2 - Município diferente (mesma UF) 3 - UF diferente 4 - País diferente 9 - Ignorado			
64 UF de transferência	65 Município de transferência	66 Data de Encerramento	

Tuberculose

Sinan NET

SVS 09/01/2014

Anexo II - Documento de Transferência Interestadual



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

DOCUMENTO DE TRANSFERENCIA INTERESTADUAL

Município de Origem/Endereço Paciente: _____
Município de Destino/Endereço: _____

Dados do paciente

Nº SINAN: _____
Nome do paciente: _____
Nome da mãe: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
CNS: _____
Telefone: () _____ Celular: () _____

Dados do atendimento

Informações sobre o diagnóstico

Exame Laboratorial que confirme TB: _____
Baciloscopia de escarro (diagnóstica): () positiva () negativa () não realizada () não se aplica
Achados radiológicos: () suspeito () normal () não realizado () outra patologia

OBS.: _____

Informações sobre o tratamento e Orientações para a gestão do caso

Data do Início do Tratamento TB: _____
Forma de Tuberculose: _____
Esquema Terapêutico (medicação prescrita e posologia) _____
Foi entregue medicação para o paciente? () sim - Para quantos dias? _____ () não

Dados do responsável pelo preenchimento

Nome / Unidade de Saúde: _____
Telefone: () _____
Email: _____
Data do preenchimento: ____/____/____

Av. Ipiranga 5400 – Prédio CEVS – Salas 062/063/064 – Porto Alegre/RS
CEP 90610-400
(51) 3288-4023 tuberculose@saude.rs.gov.br