

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**MANIFESTAÇÕES ORAIS DA TUBERCULOSE: RELATO DE CASO CLÍNICO,
A RESPONSABILIDADE E A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA
NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

BÁRBARA CAPITANIO DE SOUZA

Porto Alegre

2015

BÁRBARA CAPITANIO DE SOUZA

**MANIFESTAÇÕES ORAIS DA TUBERCULOSE: RELATO DE CASO CLÍNICO,
A RESPONSABILIDADE E A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA
NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Estomatologia e em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadoras: Profa. Dra. Maria Cristina Munerato
Profa. Ma. Vania Maria Aita de Lemos**

Porto Alegre

2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, **Adão e Leonice**,
pelo incentivo e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a realização deste curso, proporcionando uma experiência única na formação e na educação em saúde.

À professora **Maria Cristina Munerato**, pela orientação, apoio e confiança, durante todo o curso.

À professora **Vania Maria Aita de Lemos**, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Meus agradecimentos aos amigos **Creta, Glaucus, Manu, Mari e Rita**, colegas de curso e irmãos na amizade que fez parte da minha formação e que irá continuar presente em minha vida com certeza.

RESUMO

A tuberculose ainda é um problema de saúde pública, em todo o mundo. O Brasil está entre os países que apresentam os maiores índices de morbimortalidade por tuberculose. Uma das principais dificuldades para o controle da doença é o diagnóstico tardio, causado pela falta de acesso dos usuários aos serviços de saúde ou pela dificuldade de identificação dos casos. A tuberculose é mais frequentemente localizada nos pulmões, mas alguns pacientes têm a doença em outros órgãos ou sistemas. As lesões orais podem ocorrer como uma ulceração crônica, áreas nodulares, granulares ou, raramente, áreas leucoplásicas firmes. O cirurgião-dentista como integrante da equipe de saúde, pode auxiliar no diagnóstico precoce da tuberculose, evitando suas complicações e maior disseminação da doença ainda não diagnosticada pela sintomatologia habitual. Frente à relevância da discussão sobre o diagnóstico precoce e manejo da tuberculose, este trabalho apresenta um relato de caso clínico de paciente tuberculínico com manifestações orais da doença e aborda alguns aspectos sobre a vulnerabilidade destes pacientes, a importância da rede de atenção à saúde e a responsabilidade e o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico da doença.

Palavras-chave: Tuberculose, diagnóstico. Saúde bucal. Atenção primária. Atenção secundária. Programa Saúde da Família. *Mycobacterium tuberculosis*.

ABSTRACT

Tuberculosis is still a major public health problem worldwide. Brazil is among the countries with the highest mortality tuberculosis rates. One of the main difficulties for controlling the disease is the diagnosed late, caused by lack of users' access to health services or by the case identification difficult. Tuberculosis is most often located in the lungs, but some patients have disease in other organs or systems. Oral lesions may occur as a chronic ulceration, nodular areas, granular or leukoplakic areas. The dentist as a member of the healthcare team, can help in the early diagnosis of tuberculosis, avoiding complications and further spread of the disease not yet diagnosed by usual symptoms. Front the relevance of the discussion on diagnosis early and the management of tuberculosis, this paper presents a case report of tuberculin patients with oral manifestations of the disease and addresses some aspects of the vulnerability of these patients, the importance of network health care and responsibility and the role of the dentist in the diagnosis of disease.

Keywords: Tuberculosis, diagnosis. Oral health. Primary health. Secondary health. Family Health Program. *Mycobacterium tuberculosis*.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	8
2	REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1	O risco da transmissibilidade da tuberculose	10
2.2	O diagnóstico da tuberculose	11
2.3	Tuberculose extrapulmonar e suas manifestações orais	13
2.4	Risco e vulnerabilidade do paciente tuberculínico	14
2.5	A tuberculose na rede de atenção à saúde	15
2.6	Responsabilidade compartilhada no diagnóstico da tuberculose	16
3	OBJETIVOS	18
3.1	Objetivo Geral	18
3.2	Objetivos Específicos	18
4	PRIMEIRO ARTIGO	19
5	SEGUNDO ARTIGO	29
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	50
	ANEXO I – Parecer de aprovação	53

1 APRESENTAÇÃO

A presente monografia teve como foco de estudo a apresentação de manifestações orais da tuberculose e o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico da doença, na rede de atenção à saúde. Para isso, foi utilizada a descrição de um relato de caso de paciente que apresentava lesões orais da tuberculose e realizada uma análise sobre os aspectos da vulnerabilidade destes pacientes, a importância da rede de atenção para o paciente tuberculínico e o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico da doença.

Esta monografia está estruturada da seguinte maneira:

Revisão de literatura, enfatizando os principais pontos de discussão;

Primeiro artigo: “**MANIFESTAÇÃO ORAL DA TUBERCULOSE: RELATO DE CASO**”. Referente ao relato de caso da manifestação incomum da tuberculose, na mucosa oral. É ressaltada a importância do diagnóstico adequado do paciente, bem como as manifestações clínicas da doença. A ser submetido para o periódico *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*.

Segundo artigo: “**MANIFESTAÇÕES ORAIS DA TUBERCULOSE, A RESPONSABILIDADE E A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA REDE DE ATENÇÃO**”. Referente à abordagem dos fatores de risco e de vulnerabilidade do paciente tuberculínico e ao papel do cirurgião-dentista e da rede de atenção à saúde, no diagnóstico e manejo deste paciente.

Conclusão, abordando as principais questões levantadas pela análise do caso clínico e da literatura.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pela micobactéria *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*). A doença pode afetar diferentes órgãos e sistemas, como pulmões, sistema nervoso central, sistema linfático e sistema circulatório¹. A taxa de infecção pela *M. tuberculosis* está associada à susceptibilidade herdada do hospedeiro, aos fatores de risco ambientais e variações genéticas². Na atualidade, a TB é um problema de saúde pública, de ampla distribuição geográfica no mundo³. Há cerca de 8 milhões de novos casos de TB ao ano e mais de 2 milhões de mortes devido a esta doença. Estima-se que um terço da população mundial está infectada pela *M. tuberculosis* e novos casos ocorrem a uma taxa de 1/s, sendo a doença considerada como a segunda principal causa de morte por doença infecciosa em todo o mundo⁴.

O Brasil está entre os 22 países estimados a concentrar 80% dos casos de TB e apresenta os maiores índices de morbimortalidade da doença⁵. No país, a prevalência estimada é de 50 milhões de infectados, aproximadamente 109,672 casos novos e em torno de 6.000 óbitos por ano, sendo responsável por 35% dos casos de TB notificados anualmente na Região das Américas (plano controle da TB). Apesar da TB ser curável desde a década de 50, uma das principais dificuldades que o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) encontra é o diagnóstico tardio da doença causado pela falta de acesso do usuário aos serviços de saúde ou pela dificuldade de identificação dos sintomáticos respiratórios pelos profissionais de saúde⁶.

Apesar da existência de tecnologias adequadas para o controle da TB, a situação epidemiológica permanece estável. O que pode justificar este fato é a falta de aplicação na intensidade suficiente de ações de prevenção, de diagnóstico e de tratamento no momento adequado. Há necessidade emergente da prevenção do surgimento de novos infectados, através do diagnóstico precoce e do tratamento adequado da fonte de infecção (plano controle da TB). O conhecimento do ciclo natural da TB e das ações de saúde pública que podem ser desenvolvidas com a população é fundamental para o processo de trabalho na rede atenção à saúde⁷. A principal ação de saúde pública que realmente pode interromper a cadeia de transmissão é a identificação das pessoas doentes, o diagnóstico e o tratamento precoce da doença⁸.

2.1 O risco da transmissibilidade da tuberculose

O problema da TB, no Brasil, reflete o estágio de desenvolvimento social do país, em que os determinantes do estado de pobreza, principalmente as regiões de miséria da periferia das grandes cidades, e as dificuldades encontradas pelo sistema de saúde prejudicam a redução dessa doença⁹. Observando o comportamento da transmissão da doença e as características individuais associadas à TB, é possível entender porque esta é um problema social. O risco de transmissão da TB se relaciona diretamente com os fatores ambientais, com o tipo e continuidade do contato e com a forma de apresentação da doença¹⁰.

A tuberculose pulmonar é a forma clínica mais comum. As formas extrapulmonares mais frequentes são pleural, ganglionares e meníngea. Essas últimas formas tiveram aumento gradual de incidência provavelmente devido à presença de comorbidades concomitantes no paciente infectado¹¹. A TB é uma doença de elevada transmissão, principalmente em ambientes fechados e pouco ventilados. Por uma doença infecciosa e contagiosa que se propaga pelo ar por meio de gotículas, contendo os bacilos expelidos por um doente ao tossir, espirrar ou falar em voz alta, e que, ao serem inalados por pessoas sadias provocam a infecção ou aumentam o risco de desenvolver a doença, a população de risco deve ser prioritariamente identificada e a procura de casos, obrigatória¹⁰.

Os estados imunológico e nutricional do indivíduo guardam íntima relação com a possibilidade de infecção da doença e estes devem ser cuidadosamente avaliados pela equipe, principalmente se o paciente apresentar algum sinal clínico compatível com a doença. Outras comorbidades, principalmente por interferência nas defesas imunológicas, podem afetar a evolução da TB, dificultando a sua cura e aumentando os riscos de transmissão¹¹. O alcoolismo crônico, envolvendo queda da imunidade, a fragilidade social e a exposição a situações de risco também são importantes problemas associados à tuberculose, tanto por retardar a recuperação do paciente quanto por aumentar o risco de sua incidência, devendo inclusive se analisar os aspectos comportamentais associados aos tratamentos prolongados. Além disso, o uso de drogas imunossupressoras também constitui um elevado risco de transmissibilidade entre as pessoas expostas à *M. tuberculosis*, que passam a estar mais sujeitas ao adoecimento¹⁰.

Nas unidades de atendimento ao paciente tuberculínico, o fluxo dos indivíduos diagnosticados ou suspeitos deve ser organizado de modo à diminuição do risco da transmissão da *M. tuberculosis*. Salas de esperas cheias e compartilhadas por diferentes especialidades e esquemas de referências e contra-referências internas que aumentam a permanência destes pacientes no serviço devem ser evitados⁹. Recomenda-se ser instituído um

sistema de escalonamento das consultas ao longo do turno de atendimento, preferivelmente com hora marcada, para evitar aglomeração de pacientes potencialmente infectantes nas unidades de saúde. Os pacientes com TB de vias aéreas ou casos suspeitos devem ter prioridade de atendimento, devendo permanecer na unidade de saúde o menor tempo possível¹².

2.2 Diagnóstico da tuberculose

O diagnóstico da TB envolve a anamnese, o exame clínico e a realização de exames complementares. O exame clínico possibilita o diagnóstico preliminar da doença, baseando-se nos sintomas apresentados pelo paciente¹³. De um modo geral, a TB pode causar sintomas como febre baixa ao entardecer e à noite, perda de peso lenta e progressiva, falta de apetite, sudorese noturna, cansaço e mal-estar geral. Associado a estes sintomas, podem surgir outros específicos da TB pulmonar ou extrapulmonar. O paciente com TB pulmonar pode apresentar sintomas como tosse produtiva por mais de 2 semanas, dor no peito e dificuldade de respirar. Os sintomas da TB pulmonar nem sempre são percebidos no início da doença e, algumas vezes, o indivíduo pode estar contaminado há alguns meses e ainda não ter procurado auxílio médico, por não ter sintomas. A TB extrapulmonar pode apresentar, além dos sintomas gerais, dor e edema no local onde o bacilo está alojado¹².

Para a confirmação da doença são necessários exames complementares, tais como o exame radiográfico de tórax que pode revelar imagens sugestivas da doença, porém não conclusivas, fornecendo apenas um indicativo da mesma; a prova tuberculínica (PT) ou reação de Mantoux que permite observar uma reação intradérmica para se constatar se o indivíduo entrou em contacto com o bacilo da tuberculose ou não; a baciloscopia, que permite o diagnóstico da TB através da pesquisa de bacilos álcool-ácido resistente (BAAR), em esfregaços de amostras preparados e corados segundo uma metodologia padronizada¹⁴. A cultura é um exame que permite o isolamento e a multiplicação de BAAR, através da inoculação da amostra em meios de cultura específicos para micobactérias, apresentando uma maior sensibilidade, se comparada à baciloscopia. Esta, apesar de ser uma técnica simples e de fácil execução, apresenta baixa sensibilidade, necessitando de um número mínimo de bacilos para se alcançar um resultado positivo¹⁵.

A reação de *Mantoux* é o teste padrão para auxiliar no diagnóstico da TB. Este teste consiste na inoculação intradérmica de um derivado proteico purificado da *M. tuberculosis*, para medir a resposta imune celular a estes antígenos¹⁰. Este teste, isoladamente, indica

apenas a presença de infecção no organismo e não é suficiente para o diagnóstico da TB ativa. Nos indivíduos já sensibilizados pela micobactéria, ocorre uma reação inflamatória. A leitura é realizada em um prazo de 48h a 72h, sendo válida por até 7 dias. Deve-se medir o diâmetro transversal da reação inflamatória em relação ao eixo longitudinal do antebraço da inoculação. Apesar da reação de *Mantoux* ser o método de eleição para o diagnóstico da TB, o teste apresenta algumas limitações, como a baixa sensibilidade em indivíduos imunocomprometidos, causando resultados falsos negativos, a dificuldade na sua administração em crianças, subjetividade na interpretação dos resultados e a necessidade de uma segunda visita para a confirmação da leitura, em alguns casos¹⁴.

Para superar os problemas com os testes PT, têm sido desenvolvidas diferentes técnicas de laboratório para auxiliar no diagnóstico da tuberculose. Estas técnicas se baseiam na detecção de *interferon gamma* no sangue (*interferon gamma release assay* - IGRA), uma citocina importante para o controle da tuberculose, que é liberada pelas células T sensibilizadas pelo estímulo de antígenos específicos da *M. tuberculosis*. A técnica IGRA permite diferenciar as pessoas infectadas pela *M. tuberculosis* dos vacinados com a BCG e dos infectados por outras micobactérias. O teste IGRA permite a inclusão de controles positivos, o que contribui para a redução de erros de diagnóstico. Uma característica negativa deste teste é seu custo econômico elevado, contudo se aceita que em países com elevada prevalência de TB sua utilização seja a opção com maior custo-benefício¹⁷.

Indicação para a realização da prova tuberculínica (PT)

Coabitantes e contatos de pacientes com tuberculose
 Pessoas com radiografia de tórax que apresenta imagens compatíveis com tuberculose inativa
 Pessoas com suspeita clínica ou radiográfica da doença
 Pessoas que estão infectadas e apresentam maior risco para o desenvolvimento da doença
 Infecção por HIV
 Usuários de drogas e indigentes
 Pessoas em risco social e epidemiológico
 Estrangeiros procedentes de países com alta incidência de tuberculose
 Doenças com características imunossupressoras
 Pessoas que utilizam terapias imunossupressoras
 Cuidadores de crianças
 Cuidadores de doentes
 Agentes sanitários
 Agentes penitenciários
 Profissionais atuantes em programas antituberculosos

Adaptado de: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010¹⁸.

2.3 Tuberculose extrapulmonar e suas manifestações orais

A TB é mais frequentemente localizada nos pulmões, mas alguns pacientes têm a doença em outros órgãos ou sistemas. TB extrapulmonar constitui aproximadamente 25% das lesões de tuberculose, e 10% a 35% destes são encontrados na região da cabeça e pescoço¹⁹. A manifestação oral da TB pode surgir em todas as idades, sendo mais comum em indivíduos mais velhos, e vista, geralmente, como uma lesão ulcerada. É possível que a auto-inoculação pelo contato da mucosa oral descontínua com o escarro infectado em pacientes com tuberculose pulmonar promova o aparecimento das lesões²⁰.

As manifestações orais da TB ocorrem pela implantação do bacilo tuberculínico existente no escarro, resultante da expulsão da micobactéria pela tosse²¹. A apresentação clínica da doença na cavidade oral pode assumir diferentes formas. No entanto, devido a ocorrência incomum da tuberculose oral, as lesões são frequentemente ignoradas no diagnóstico diferencial. A TB oral tem sido considerada entre 0,1% a 5% dentre as infecções de tuberculose²². As lesões orais podem ser de ordem primária - mais rara, ocorre como o resultado da inoculação direta nos tecidos orais, ou secundária, ocorre devido à disseminação hematogênica ou linfática ou de extensões diretas de estruturas vizinhas²³. A auto-inoculação pode ocorrer através do contato da mucosa oral ferida com secreção infectada em pacientes com tuberculose pulmonar. A lesão oral secundária é referenciada na grande maioria dos relatos como sendo mais prevalente em pacientes idosos; já a manifestação primária da doença, em pacientes jovens²⁴.

Fatores sistêmicos e locais desempenham papel importante na incidência de lesões orais. Fatores sistêmicos incluem a baixa imunidade do hospedeiro e o aumento da virulência dos microrganismos²⁵. Fatores locais compreendem a falta de higiene oral, trauma local, inflamações crônicas, erupção dentária, feridas cirúrgicas, doença periodontal, presença de cáries, exposição pulpar, presença de cistos e abscessos dentários e lesões em mucosa oral²⁶. Possivelmente, a alta virulência da cepa infectante de *Mycobacterium tuberculosis* também é um fator predisponente para o envolvimento oral²⁷.

A manifestação oral é observada como uma lesão ulcerada indolor no palato, lábios ou língua, juntamente com linfadenopatia cervical persistente²⁶. O diagnóstico diferencial das úlceras tuberculosas inclui uma variedade de doenças e condições ulcerativas, tais como carcinoma de células escamosas, úlcera traumática, estomatite aftosa, úlcera sifilítica,

actinomicose, granulomatose de Wegener, sarcoidose, leishmaniose, zigomicose, e doença de Hansen²⁷. É importante salientar que as úlceras orais podem apresentar um quadro similar, levando à necessidade de um diagnóstico microscópico em conjunto com o teste de Mantoux e com a baciloscopia²⁸.

2.4 Risco e vulnerabilidade do paciente tuberculínico

A TB é uma doença com fortes componentes sociais e econômicos e está intimamente associada à pobreza, às más condições de vida e de habitação e à aglomeração humana. A doença é considerada como um grave problema de saúde pública, permanecendo como uma das principais causas de morte por doença infecto-contagiosa em adultos, em todo o mundo²⁹. Considerando o caráter eminentemente social da TB, torna-se importante identificar potenciais indicadores de risco e vulnerabilidades dos indivíduos, para que as ações de prevenção e controle sejam mais efetivas. Para isso, é necessário que sejam criadas e incorporadas no processo de trabalho das equipes de saúde iniciativas para o controle da TB, que focalizem não apenas ações específicas, mas que também incorporem uma mudança nas condições de vida das populações³⁰. Por isso, é importante entender que a doença é um processo que se desenvolve em indivíduos que integram uma determinada forma de organização social e, como tal, sujeitos a riscos e potenciais vulnerabilidades pertinentes a esta organização³¹.

Um grupo de risco para a TB é qualquer grupo de pessoas em que a prevalência ou incidência da TB é significativamente mais elevada do que na população em geral. Um grupo de risco pode ser um grupo de pessoas que compartilham de um perfil de risco a nível individual específico (estar em contato próximo com uma pessoa que tem tuberculose ativa; apresentar HIV ou diabetes; ser um migrante)²⁹. Um grupo de risco também pode ser definido como todas as pessoas que vivem em um local geográfico específico associado com uma alta taxa de TB (pessoas que vivem em uma favela urbana) ou um tipo específico de instituição (como presídios, casas de correção de menores, abrigos de idosos, abrigos sociais, creches e escolas). Estes grupos têm maior probabilidade de se infectarem e adoecerem³².

Regiões com baixa renda familiar, pessoas vivendo em comunidades urbanas densas, com precárias condições de habitação e com famílias numerosas, têm maior risco de infecção e de adoecimento ou morte por TB³³. Nestas condições, um indivíduo em contato com um paciente com tuberculose pulmonar, no domicílio ou na vizinhança, está mais exposto à infecção e ao adoecimento. Alcoolistas, usuários de drogas endovenosas, moradores de rua, trabalhadores de saúde e outros em contato de bacilíferos são também prioritários para ações

de prevenção e busca de casos. Também se incluem nessa categoria os imunodeprimidos por uso de medicamentos, ou por serem portadores de doenças imunossupressoras, principalmente a Aids, e pacientes com outras comorbidades, como diabetes e insuficiência renal. Assim, o método mais efetivo de redução da TB é o da busca de casos e o seu tratamento adequado³⁴.

Os fatores de risco e vulnerabilidade assumem diferentes representações conforme a contextualização individual e a interação do próprio indivíduo com o meio onde está inserido. A TB é interpretada como o resultado da interação entre múltiplos fatores e os indivíduos acometidos são resultantes da interrelação de suas características com o meio. Contudo, é fundamental lembrar que a doença é a expressão dos processos que se desenrolam em outras dimensões, que integram a forma como vivem e trabalham as pessoas, considerando a tuberculose como agravo de relevância social e epidemiológica³⁵.

2.5 A tuberculose na rede de atenção à saúde

Apesar de haver grandes esforços para o controle da incidência e da mortalidade por TB no Brasil, os números absolutos da doença ainda causam indignação e trazem um desafio grandioso. No plano político, o Ministério da Saúde elegeu a TB como um problema prioritário de saúde pública a ser combatido. Além das medidas técnico-administrativas, houve uma ampliação do orçamento para as ações de controle da doença e um maior estímulo da organização e da participação da sociedade civil no controle social da TB¹⁸. Todas estas ações contribuem para o fortalecimento do sistema de saúde, promovendo uma maior articulação entre os diferentes programas que possam contribuir para o controle da endemia no País⁸.

Para que o empenho no controle da TB seja efetivo, é necessária a descentralização das atividades, para que se possa avançar com a garantia da qualidade das ações. Além disso, é fundamental o envolvimento de todos os profissionais de saúde em equipes multidisciplinares, em todos os níveis de atenção, nas quais a participação de cada um é parte indispensável para o sucesso das intervenções³⁶. O trabalho em equipe, com foco no usuário, é o elemento-chave para o alcance das metas e a superação dos desafios que envolvem o diagnóstico e o controle da doença³³. Neste sentido, destacamos a importância da estruturação das redes de atenção à saúde, que são um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar atenção à saúde de forma contínua e integral à determinada população³⁷.

Todas as estratégias propostas para a promoção da saúde vão em direção da articulação e do envolvimento de toda a rede de atenção à saúde, comprometendo-se com a

adoção de políticas públicas saudáveis para a comunidade, estimulando o reforço da ação coletiva e dos indivíduos, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a reorientação do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais³⁸. Além disso, estratégias como mapear a rede de serviço de TB, próxima das unidades de saúde, definir os fluxos de atendimento e os mecanismos de encaminhamento, retorno e acompanhamento do doente auxiliam na organização do funcionamento logístico da rede³³. A promoção de saúde sugere um modelo participativo, direcionado à população no seu ambiente total e com envolvimento de uma rede de serviços de saúde organizada, necessitando de estratégias multidimensionais, facilitadoras e integradoras, de aplicação de medidas incentivadoras com o conceito positivo de saúde, além de fortalecer as responsabilidades e a participação das organizações da sociedade civil¹⁸.

O controle da TB requer uma ação permanente, sustentada e organizada, com um sistema em que a porta de entrada pode estar situada tanto em um nível mínimo, como em um de maior complexidade, contanto que ao doente, quando necessário, seja assegurado o direito de fluir para os níveis de maior qualificação⁸. O diagnóstico precoce e o controle da TB tem na simplificação das técnicas e na integração das ações intersetoriais a sua estratégia fundamental¹⁸. No campo político do governo, esta integração é buscada por meio do planejamento e da gestão conjunta das atividades, da definição de competências e do estabelecimento da malha de ligações entre os dois programas. Uma medida central é a disposição dos sistemas de referência e contra-referência da tuberculose para atender o crescimento gerado pelas equipes de saúde da família³⁹. As práticas dessas equipes atendem questões centrais no controle da tuberculose, como vacinação de recém-nascidos, diagnóstico precoce, término com sucesso do tratamento dos doentes, vigilância epidemiológica e quimioprofilaxia. As atividades das unidades especializadas de referência destinam-se, preferencialmente, ao diagnóstico dos casos complexos, tratamento e controle dos pacientes que apresentam condições crônicas concomitantes ou, ainda, casos de coinfeção pelo HIV⁴⁰.

2.6 Responsabilidade compartilhada no diagnóstico da tuberculose

No Brasil, as precárias condições de vida de grande parte da população, a co-infecção pelo HIV e a desestruturação da maioria dos serviços de saúde contribuem para manter o alto número de casos novos anuais de TB. Assim, é necessária uma reflexão sobre as diversas possibilidades e necessidades de participação que estão implicadas no diagnóstico e no tratamento da TB³⁹. Para que estes tenham êxito é necessário que haja uma partilha de compromissos, envolvendo os serviços de saúde, o paciente, a família e a comunidade, através da criação de pactos que contemplem as necessidades de todas as partes. A responsabilidade

compartilhada está relacionada com a realização das ações de promoção à saúde, com o diagnóstico e com a prevenção da TB, contribuindo, deste modo, para a expansão das ações de controle desta doença⁴¹.

Todos os profissionais de saúde são importantes no diagnóstico e controle da TB. A organização das ações de busca e diagnóstico nas unidades de saúde compreende elementos que envolvem toda a equipe (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e demais profissionais da área técnica) na busca dos sintomáticos respiratórios entre a população que demanda a unidade de saúde, por qualquer motivo³⁹. Assim, o profissional de odontologia deve possuir conhecimentos básicos sobre a doença, para ser capaz de identificar os doentes e diferenciar os estados de infecção. Uma maior integração das atividades de controle da TB apresenta oportunidades para investigar semelhanças e potenciais sinergias na gestão e controle da doença, o que tem sido negligenciado por abordagens verticais tradicionais⁴².

A equipe de saúde bucal, integrante da equipe de saúde da família, participa de todas as ações desenvolvidas na unidade, inclusive ações preventivas e educativas que visam o controle da TB. No processo de acompanhamento ou diagnóstico dos casos de TB, pela atenção básica, os profissionais da saúde irão identificar, muitas vezes, a necessidade de encaminhar os pacientes aos serviços especializados, presentes na atenção secundária e terciária, em casos mais complexos³⁹. No entanto, independentemente do tempo de formado, muitas vezes os cirurgiões-dentistas não se sentem preparados para essas atividades, podendo comprometer a sua realização. Neste sentido, atividades de educação permanente em saúde podem contribuir para qualificar o serviço e, como uma ferramenta estratégica, pode facilitar o envolvimento de todos os profissionais e proporcionar uma troca de saberes, uma reflexão das práticas do serviço e uma maior interação de toda a equipe, possibilitando uma transformação no processo de trabalho³³.

No cenário atual de enfrentamento da TB, é indiscutível e imprescindível à atuação compartilhada das responsabilidades entre os profissionais de saúde. Tendo em vista a magnitude dos problemas de saúde e à complexidade que envolve a doença, outros setores dentro e fora do âmbito dos serviços de saúde, também são convocados a participar da proposta de atenção integral. Esta articulação entre os diferentes profissionais e serviços intra e extrassetoriais poderá resultar em uma ampliação do processo de reflexão acerca da diversidade de problemas que envolvem o paciente e seus familiares, conduzindo para a busca de soluções das dificuldades encontradas nas estratégias de controle da TB, no Brasil³⁹.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Abordar o papel do profissional de odontologia no diagnóstico da tuberculose bem como a sua atuação dentro da equipe de saúde, que diz respeito ao cuidado e acompanhamento dos pacientes infectados na rede de atenção, através de um relato de caso clínico e revisão de literatura.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever as manifestações orais da tuberculose através de um relato de caso clínico;
- ✓ Identificar os riscos e fatores de vulnerabilidade do paciente tuberculínico;
- ✓ Conhecer a atuação das equipes de saúde, considerando o diagnóstico e o acompanhamento dos pacientes infectados e de suas famílias na rede de atenção;
- ✓ Delinear a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da tuberculose;

4 PRIMEIRO ARTIGO

A ser submetido ao periódico *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, fator de impacto 1,096 (2013).

O artigo está configurado de acordo com as normas do periódico.

MANIFESTAÇÃO ORAL DA TUBERCULOSE: RELATO DE CASO

ORAL MANIFESTATION OF TUBERCULOSIS: CASE REPORT

Bárbara Capitanio de Souza¹, Vania Maria Aita de Lemos¹, Maria Cristina Munerato²

1-Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

2-Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

Autor para correspondência:

Dra. Maria Cristina Munerato, Faculdade de Odontologia – UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2492, Departamento de Odontologia Conservadora (DOC), Porto Alegre, RS.

Brazil. 90035-003, Tel: +55 51 33165005, Fax: +55 51 33598248,

Email: mcmunerato@gmail.com

Resumo

Neste trabalho, é relatada uma manifestação incomum da tuberculose, na mucosa oral. É ressaltada a importância do diagnóstico adequado do paciente, bem como as manifestações clínicas da doença. As lesões orais podem ocorrer como uma ulceração crônica, áreas nodulares, granulares ou, raramente, áreas leucoplásicas firmes. A maior parte das lesões extrapulmonares representa infecção secundária do foco pulmonar inicial; portanto, deve ser realizado um diagnóstico rápido e adequado, para a melhor condução do caso e redução da disseminação da doença.

Palavras-chave: Tuberculose oral, *Mycobacterium tuberculosis*, úlcera oral, infecção micobacteriana.

Abstract

In this paper, is reported an unusual manifestation of tuberculosis in the oral mucosa. Is emphasized the importance of adequate diagnosis of the patient and the clinical manifestations of the disease. Oral lesions may occur as a chronic ulceration, nodular areas, granular or rarely firm leukoplakic areas. Most lesions extrapulmonary is secondary infection of the initial lung focus; therefore, one must be carried out quickly and proper diagnosis, for better management of the case and reducing the spread of the disease.

Keywords: Oral tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, oral ulcer, mycobacterial infection.

4.1 Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica causada pela micobactéria *Mycobacterium tuberculosis*. É mais frequentemente localizada nos pulmões, mas alguns pacientes têm a doença em outros órgãos ou sistemas. TB extrapulmonar constitui aproximadamente 25% das lesões de tuberculose, e 10% a 35% destes são encontrados na região da cabeça e pescoço^{1,2}. A manifestação oral da TB pode surgir em todas as idades, sendo mais comum em indivíduos mais velhos, sendo vista, geralmente, como uma lesão ulcerada. É possível que a auto-inoculação pelo contato da mucosa oral descontínua com o escarro infectado em pacientes com TB pulmonar promova o aparecimento das lesões³. Este trabalho relata um caso de manifestação oral de tuberculose em paciente adulto.

4.2 Relato do caso

Paciente masculino, 65 anos, caucasiano, com histórico de tabagismo ativo e etilismo abstinente, há 20 anos, estava em acompanhamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), para tratamento de diabetes *mellitus* do tipo II, neuropatia e vasculopatia periférica, hipertensão arterial sistêmica e pancreatite crônica. Foi encaminhado para avaliação na Unidade de Estomatologia devido ao aparecimento de ulcerações na mucosa oral. Ao exame físico, foram observadas duas lesões ulceradas, que apresentavam centro de aspecto granuloso, halo esbranquiçado, com sintomatologia dolorosa, medindo aproximadamente 10 mm de diâmetro cada uma, localizadas uma na mucosa labial superior, próxima à linha média e uma na mucosa jugal esquerda, próxima à região de retrocomissura labial (Figura 1A e B, respectivamente). O paciente relatava queixa de tosse produtiva há 15 dias, sudorese noturna, episódios de febre vespertina e discreta perda de peso, nos últimos dois meses. Contudo, estas informações eram relatadas de maneira dispersa pelo paciente, ao longo dos atendimentos médicos de rotina. Além disso, o paciente foi diagnosticado com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a qual foi relacionada ao tabagismo, o que pode ter mascarado os sinais e sintomas clínicos da TB e contribuído para dificultar o diagnóstico precoce da doença. Foi realizada biópsia incisional e utilizadas as técnicas de Hematoxilina-Eosina (HE) e Ziehl-Neelsen (BAAR), para coloração. O laudo anatomopatológico foi negativo para a presença de microorganismos álcool-ácidos resistentes (Figura 2). Devido à relativa escassez de microorganismos no tecido, as colorações especiais não demonstraram com sucesso a

presença da micobactéria. Portanto, um resultado negativo não exclui completamente a possibilidade de tuberculose. Foi realizada análise do lavado broncoalveolar apresentando Ziehl-Neelsen (BAAR) positivo para o *Mycobacterium tuberculosis*. Foi realizada uma radiografia de tórax, que indicou a presença de sinais de doença infecciosa ativa das vias aéreas. O teste de Mantoux solicitado confirmou o diagnóstico de tuberculose. O exame sorológico anti-HIV realizado foi negativo. O paciente foi encaminhado ao pneumologista, para tratamento e avaliação quanto ao comprometimento pulmonar da doença (Figura 1C). Devido aos agravos das condições clínicas, após 30 dias do início do tratamento, o paciente foi a óbito por septicemia, insuficiência pulmonar e insuficiência renal aguda.

4.3 Discussão

Clinicamente, o paciente infectado pela *Mycobacterium tuberculosis* em estágio ativo da doença, pode apresentar sintomas de tosse persistente e produtiva, sudorese noturna, perda de peso e febre baixa vespertina. A transmissão da TB ocorre principalmente pela via aérea e, para que ocorra a transmissão, é necessário um contato prolongado com o paciente bacilífero⁴. A competência de contaminação é influenciada pela capacidade contagiosa do doente, que está relacionada com a quantidade de bacilos presentes no escarro, a intensidade e a frequência da tosse e na presença de cavitação pulmonar, identificada pelo exame radiográfico. Além disso, o grau de intimidade com o doente e a duração da exposição são importantes para determinar a contaminação⁴. Em nosso caso, o paciente relatava os sintomas descritos, porém em consultas médicas diferentes. Também, apresentava DPOC associada ao tabagismo o que pode ter mascarado a TB e contribuído para dificultar o diagnóstico precoce da doença.

A prova tuberculínica (PT) ou reação de *Mantoux* é o teste padrão para diagnóstico da tuberculose. Este teste consiste na inoculação intradérmica de um derivado proteico purificado do *M. tuberculosis*, para medir a resposta imune celular a estes antígenos. Nos indivíduos já sensibilizados pelo *M. tuberculosis*, ocorre uma reação inflamatória. A leitura é realizada em um prazo de 48h a 72h, sendo válida por até sete dias. Deve-se medir o diâmetro transversal da reação inflamatória em relação ao eixo longitudinal do antebraço da inoculação. Considera-se reator o resultado acima de 10 mm em indivíduos imunocompetentes. Em indivíduos imunodeprimidos, considera-se reator valores acima de 5 mm. Em indivíduos com baixa probabilidade pré-teste e crianças com < 15 anos de idade, valorizam-se resultados

acima de 15 mm. Apesar da reação de *Mantoux* ser o método de eleição para o diagnóstico da TB, o teste apresenta algumas limitações, como a baixa sensibilidade em indivíduos imunocomprometidos, causando resultados falsos negativos, a dificuldade na sua administração em crianças, subjetividade na interpretação dos resultados e a necessidade de uma segunda visita para a confirmação da leitura, em alguns casos⁴. No caso relatado, a análise anatomopatológica da peça coletada não foi conclusiva para o diagnóstico. Foi necessária a realização da análise do lavado broncoalveolar e do teste de Mantoux, para confirmação do diagnóstico. Neste caso, o teste indicou um diâmetro transversal da reação inflamatória de 13 mm.

A apresentação clínica da TB oral pode assumir diferentes formas. No entanto, devido à ocorrência incomum da TB oral, as lesões são frequentemente ignoradas no diagnóstico diferencial das lesões orais. A TB oral tem sido considerada entre 0,1% a 5% dentre as infecções de *Mycobacterium tuberculosis*⁵. As lesões orais da TB podem ser de ordem primária, mais rara, ocorre como o resultado da inoculação direta nos tecidos orais, ou secundária, ocorre devido à disseminação hematogênica ou linfática ou de extensões diretas de estruturas vizinhas^{6,1}. A auto-inoculação pode ocorrer através do contato da mucosa oral ferida com secreção infectada em pacientes com TB pulmonar. A TB oral secundária é referenciada na grande maioria dos relatos como sendo mais prevalente em pacientes idosos; já a manifestação primária da doença, em pacientes jovens⁷.

Fatores sistêmicos e locais também desempenham papel importante na incidência de lesões orais. Os fatores sistêmicos incluem a baixa imunidade do hospedeiro e o aumento da virulência dos microrganismos⁸. Os fatores locais podem facilitar a infecção de TB oral secundária e compreendem a falta de higiene oral, trauma local, inflamações crônicas, erupção dentária, feridas cirúrgicas, doenças periodontal, presença de cáries, exposição pulpar, presença de cistos e abscessos dentários, lesões na mucosa oral^{6,8}. Possivelmente, a alta virulência da cepa infectante de *Mycobacterium tuberculosis* também é um fator predisponente para o envolvimento oral⁹. Em nosso caso, o paciente apresentava uma associação de condições crônicas, como DPOC, diabetes e pancreatite crônica, que podem influenciar na aquisição e no controle da TB. A diabetes, por exemplo, pode aumentar o risco de infecção pela *Mycobacterium tuberculosis*. Além disso, o manejo clínico da TB é dificultado devido ao transtorno causado pela diabetes no metabolismo dos fármacos antituberculínicos. Estes fatores possivelmente contribuíram para o agravamento da doença e para o desfecho desfavorável do caso.

A manifestação oral pode ser observada como uma lesão ulcerada indolor no palato, lábios ou língua, juntamente com linfadenopatia cervical persistente⁸. O diagnóstico diferencial das úlceras tuberculosas inclui uma variedade de doenças e condições ulcerativas, tais como carcinoma de células escamosas, úlcera traumática, estomatite aftosa, úlcera sifilítica, actinomicose, granulomatose de Wegener, sarcoidose, leishmaniose, zigomicose e doença de Hansen⁹. É importante salientar que as úlceras orais podem apresentar um quadro similar¹⁰, levando à necessidade de um diagnóstico microscópico em conjunto com o teste de Mantoux e com a baciloscopia¹¹. Frequentemente é necessária a associação de métodos para a confirmação do diagnóstico de TB, uma vez que a reduzida quantidade de microorganismos nas amostras pode gerar falsos negativos. A identificação adequada da manifestação oral da TB é importante não só para o paciente, mas também para a equipe odontológica e para a comunidade, uma vez que o paciente é uma fonte potencial de infecção. Lesões na região de cabeça e pescoço sempre devem ser incluídas no diagnóstico diferencial da TB, especialmente em populações de alto risco. Deve-se considerar uma extensa análise laboratorial e um exame radiográfico do tórax, para identificação e prevenção da propagação desta doença, em caso de uma combinação de suspeita clínica^{9,12,13}. Apesar da manifestação oral da TB ser pouco comum, o diagnóstico diferencial das lesões orais torna-se uma importante ferramenta para a identificação da doença, principalmente nos casos de TB pulmonar ainda não diagnosticados¹⁴.

Concluindo, lesão oral da TB é uma manifestação rara da doença; contudo, deve ser incluída no diagnóstico diferencial de lesões na cavidade oral, independente da existência de sintomas pulmonares e do paciente pertencer a uma região não endêmica. O diagnóstico precoce e preciso é muito importante para o tratamento adequado da infecção, resolução da doença e redução do risco de disseminação da tuberculose.

4.4 Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Santiago RA, Gueiros LA, Porter SR, et al. Prevalence of oral lesions in Brazilian patients with tuberculosis. *Indian J Dent Res.* 2013;24:245-8.

2. Kakisi OK, Kechagia AS, Kakisis IK, et al. Tuberculosis of the oral cavity: a systematic review. *Eur J Oral_Sci.*2010;118:103-9.
3. Vaid S, Lee YY, Rawat S, et al. Tuberculosis in the head and neck: A forgotten differential diagnosis. *Clin Radiol.* 2010;65:73-81.
4. González Martín-J, García-García JM, Anibarro L, et al. Consensus document on the diagnosis, treatment and prevention of tuberculosis. *Arch Bronconeumol.* 2010;46:255-74.
5. Gupta U, Narwal A, Singh H. Primary labial tuberculosis: a rare presentation. *Ann Med Health Sci Rev.* 2014;4:129-31.
6. Nagaraj V, Sashykumar S, Viswanathan S, et al. Multiple oral ulcers leading to diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Eur J Dent.* 2013;7:243-5.
7. Dinnes J, Deeks J, Kunst H, et al. A systematic review of rapid diagnostic tests for the detection of tuberculosis infection. *Health Technol Assess.* 2007;11:1-196.
8. Sezer B, Zeytinoglu M, Tuncay U, et al. Oral mucosal ulceration: A manifestation of previously undiagnosed pulmonary tuberculosis. *J Am Dent Assoc.* 2004;135:336-40.
9. Hale LT, Tucker CP. Head and neck manifestations of tuberculosis. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2008;20:635-42.
10. Ebenezer J, Samuel R, Mathew GC, et al. Primary oral tuberculosis: report of two cases. *Indiano J Dent Res.* 2006;17:41-4.
11. Mignogna MD, Muzio LL, Favia G, et al. Oral tuberculosis: A clinical evaluation of 42 cases. *Oral Dis.* 2000;6:25-30.
12. Erbaycu AE, Taymaz Z, Tuksavul F, et al. What happens when oral tuberculosis is not treated? *Monaldi Arch Chest Dis.* 2007;67:116-8.
13. Kumar S, Sen R, Rawal A, et al. Primary lingual tuberculosis in immunocompetent patient: a case report. *Head Neck Pathol.* 2010;4:178-80.
14. Jain P, Jain I. Oral Manifestations of Tuberculosis: Step towards Early Diagnosis. *J Clin Diagn Res.* 2014;8:ZE18-21.

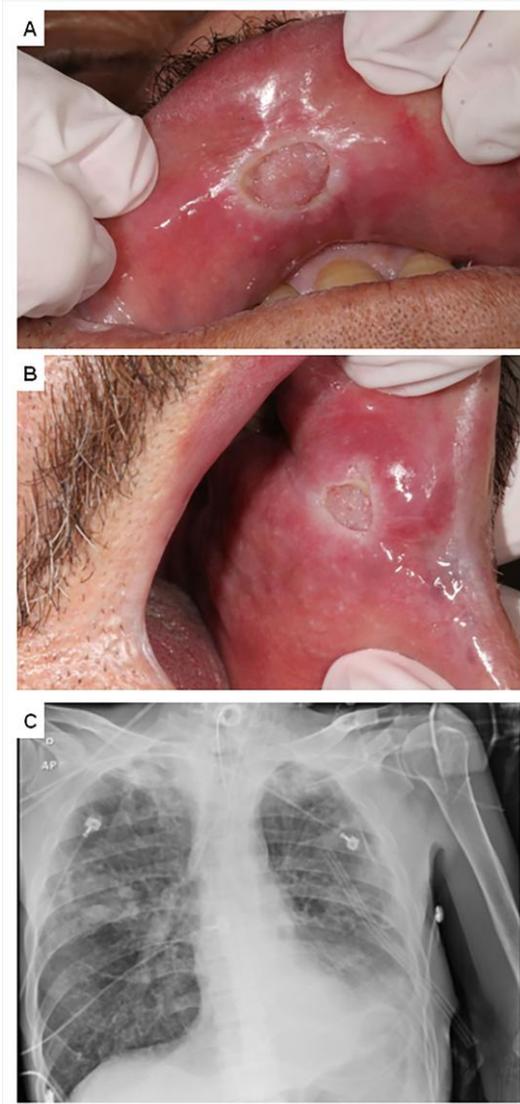


Fig. 1 – Aspecto clínico das lesões orais da tuberculose e achados radiográficos pulmonares. Lesões ulceradas, apresentando centro de aspecto granuloso e halo esbranquiçado, na mucosa labial superior, próxima à linha média (A) e na mucosa jugal esquerda, próxima à região de retrocomissura labial (B). Atelectasia completa do lobo pulmonar inferior esquerdo. Presença de sinais de doença infecciosa ativa das vias aéreas, traduzidas por nódulos centrolobulares com padrão de árvore brotamento e lesões nodulares escavadas em ambos os pulmões, particularmente à direita (C).

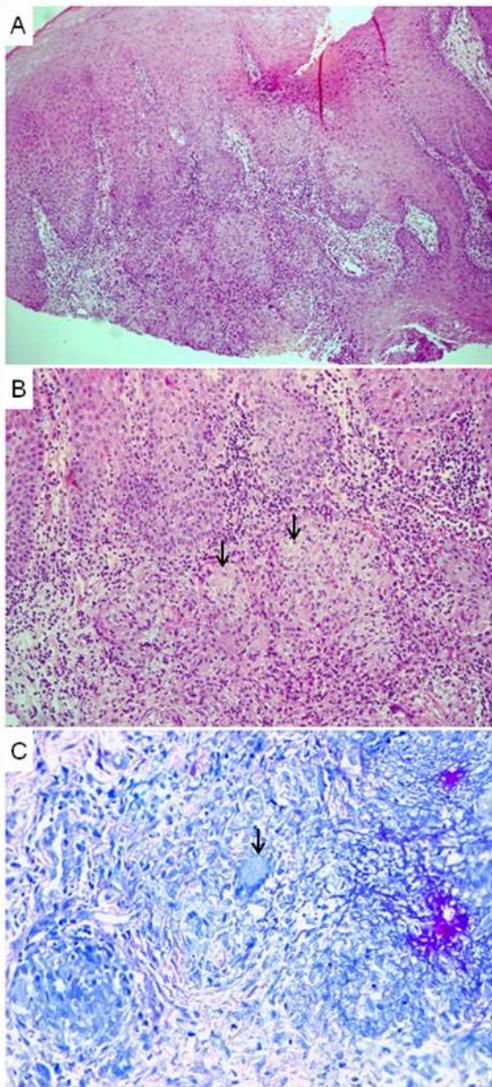


Fig. 2 – Aspecto histopatológico da amostra analisada. Formação de granulomas circundados por intenso infiltrado inflamatório misto, com células inflamatórias no interior do epitélio. Coloração Hematoxylin-eosin, ampliação 100X (A). Granulomas bem formados circunscritos por histiócitos epitelioides e células inflamatórias. Setas indicam área de necrose caseosa incipiente. Coloração Hematoxylin-eosin, ampliação 200X (B). Seta apontando célula gigante de Langhans, com os núcleos distribuídos ao longo da periferia do citoplasma, como um colar de contas. As células de Langhans ocorrem caracteristicamente na tuberculose. Coloração Ziehl-Neelsen, ampliação 600X (C).

5 SEGUNDO ARTIGO

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA TUBERCULOSE, A RESPONSABILIDADE E A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Bárbara Capitanio de Souza¹, Vania Maria Aita de Lemos¹, Maria Cristina Munerato^{1,2}

1-Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

2-Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

Autor para correspondência:

Dra. Maria Cristina Munerato, Faculdade de Odontologia – UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2492, Departamento de Odontologia Conservadora (DOC), Porto Alegre, RS. Brazil. 90035-003, Tel: +55 51 33165005, Fax: +55 51 33598248, Email: mcmunerato@gmail.com

Resumo

A tuberculose ainda é um problema de saúde pública, em todo o mundo. O Brasil está entre os países que apresentam os maiores índices de morbimortalidade por tuberculose. Uma das principais dificuldades que o Programa Nacional de Controle da Tuberculose encontra é o diagnóstico tardio da doença, causado pela falta de acesso dos usuários aos serviços de saúde ou pela dificuldade de identificação dos casos. A tuberculose é mais frequentemente localizada nos pulmões, mas alguns pacientes têm a doença em outros órgãos ou sistemas. A manifestação oral da tuberculose pode surgir em todas as idades, sendo mais comum em indivíduos idosos, e vista, geralmente, como uma lesão ulcerada. O cirurgião-dentista como integrante da equipe de saúde, pode auxiliar no diagnóstico precoce da doença, evitando suas complicações e maior disseminação. Dentro das suas atribuições está a participação em todas as ações desenvolvidas na unidade, inclusive atividades preventivas e educativas que visam o controle da tuberculose. No entanto, independentemente do tempo de formado, o profissional muitas vezes não se sente preparado para essas atividades, podendo comprometer a sua realização. Neste sentido, torna-se necessária a abordagem deste assunto, para melhor esclarecimento sobre a importância da atuação deste profissional no diagnóstico da doença, considerando que o controle da mesma requer uma ação permanente e organizada dentro do sistema de saúde.

Palavras-chave: Tuberculose, diagnóstico. Saúde bucal. Atenção primária. Atenção secundária. Programa Saúde da Família. *Mycobacterium tuberculosis*.

Abstract

Tuberculosis is still a major public health problem worldwide. Brazil is among the countries with the highest mortality tuberculosis rates. One of the main difficulties that the National Program for Tuberculosis Control is late diagnosis of the disease, caused by lack of users' access to health services or of the identification of cases of difficulty. Tuberculosis is most often located in the lungs, but some patients have disease in other organs or systems. Oral manifestation of tuberculosis can occur at all ages, but is more common in older people, and views usually as an ulcerated lesion. The dentist as a member of the healthcare team, can help in the early diagnosis of the disease, preventing complications and further spread. One its tasks is to participate in all activities developed in the unit, including preventive and educational activities aimed at controlling tuberculosis. However, regardless of the time since graduation, the professional often do not feel prepared for these activities, may jeopardize their achievement. In this sense, it is necessary to approach this subject, for better understanding of the importance of performance of this professional in the diagnosis of disease, whereas the control it requires a permanent and organized action within the health system.

Keywords: Tuberculosis, diagnosis. Oral health. Primary health. Secondary health. Family Health Program. Mycobacterium tuberculosis.

5.1 Introdução

No Brasil, a tuberculose (TB) é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,6 mil mortes em decorrência da doença. O Brasil ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB no mundo¹. Sendo uma doença fortemente favorecida pelas condições de vida, uma questão permanentemente discutida é a sua tendência em conjunturas de precárias situações econômicas e sociais, como a que vivem a maioria dos países em desenvolvimento. Assim, é importante chamar a atenção sobre os vários aspectos que influenciam no padrão de morbidade e de mortalidade da TB, principalmente nas regiões de maior incidência dos casos².

O controle da TB tem se apresentado complexo, dentre outros aspectos, pela diversidade de fatores que modificam a vulnerabilidade do paciente frente à doença. A vulnerabilidade não se restringe apenas à determinação individual, mas se constitui abrangência da relação do indivíduo com o meio onde vive e suas relações sociais³. A vulnerabilidade individual está relacionada com o grau e a qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática. A vulnerabilidade social avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar em decisões políticas e nas instituições, ou seja, relaciona-se à estruturação dos serviços. Dessa forma, é necessário um olhar mais amplo sobre a perspectiva do adoecimento do paciente por TB⁴.

A compilação de diferentes fatores que envolvem a dinâmica da doença e do atendimento do paciente tuberculínico exige uma adequada organização da rede de atenção e serviços de saúde. A construção e a implementação de protocolos, fluxos e rotinas que envolvem a particularidade do paciente com TB e que garantem o acesso aos serviços necessários e a integralidade da atenção é fundamental para o sucesso do diagnóstico precoce da doença e controle efetivo da mesma⁵. A rede de saúde que envolve os serviços (básicos ou especializados) voltados para a TB deve seguir objetivos comuns, atuando de forma cooperativa e interdependente, que permite ofertar atenção à saúde de forma contínua⁶.

O perfil epidemiológico da TB impõe desafios para o seu controle. Dentro do quadro complexo em que se inserem os problemas de saúde, nem sempre o setor saúde dispõe da totalidade de recursos necessários para dar uma resposta efetiva aos mesmos. Assim, é

fundamental o empenho de todos os profissionais de saúde para uma melhor organização das ações de busca e diagnóstico nas unidades de saúde⁷. O cirurgião-dentista, integrante da equipe de saúde da família, participa de todas as ações desenvolvidas na unidade, inclusive ações preventivas e educativas que visam o controle da TB. Em casos mais complexos, os cirurgiões-dentistas também podem participar do processo de cuidado destes pacientes, uma vez que muitos casos apresentam manifestações orais da doença, o que pode ser o primeiro indicativo da infecção⁸. No cenário atual de enfrentamento da TB, é indiscutível e imprescindível à atuação compartilhada das responsabilidades entre os profissionais de saúde, para o efetivo controle de mesma.

Neste sentido, frente à relevância da discussão sobre o diagnóstico precoce e manejo da TB, este trabalho apresenta um relato de caso clínico de paciente tuberculínico com manifestações orais da doença e aborda alguns aspectos sobre a vulnerabilidade destes pacientes, a importância da rede de atenção à saúde (RAS) e a responsabilidade e o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico da doença.

5.2 Descrição do caso

As informações foram obtidas pelos relatos dos atendimentos descritos no prontuário do paciente e pela vivência profissional, durante os atendimentos. O relato do caso refere-se a um paciente masculino, caucasiano de 65 anos. Já aposentado, trabalhava anteriormente como pintor. Este paciente apresentava um histórico de tabagismo ativo, por 50 anos, e etilismo abstinente, há 20 anos. Realizava acompanhamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), para tratamento de diabetes *mellitus* do tipo II, hipertensão arterial sistêmica e pancreatite crônica. Suas consultas de acompanhamento no hospital foram registradas até o ano de 2009. Após este período, o paciente foi orientado, pela equipe médica, a manter o acompanhamento na unidade de saúde de referência, não havendo registros no prontuário hospitalar posteriormente. Após contato com a unidade de saúde de referência do paciente, verificou-se que o mesmo mantinha o acompanhamento orientado, com regularidade. Além disso, o paciente realizava exames radiográficos de tórax, com certa rotina, para controle sintomatológico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença crônica intimamente ligada ao tabagismo, conforme indicado pela equipe médica da unidade. Neste caso, a imagem radiográfica da DPOC pode ter mascarado as lesões pulmonares da TB, dificultando o diagnóstico.

Em janeiro de 2014, o paciente procurou a unidade de saúde referindo queixa de aparecimento de “feridas na boca”. Após ser examinado, o paciente foi encaminhado pela equipe da atenção primária, para avaliação na Unidade de Estomatologia do HCPA, devido ao aparecimento de ulcerações na mucosa oral. Em abril de 2014, o paciente foi atendido no serviço referenciado, onde foram observadas duas lesões ulceradas, que apresentavam centro de aspecto granuloso, na mucosa labial superior, próxima à linha média e outra na mucosa jugal esquerda, próxima à região de retrocomissura labial. Também foi observado que o paciente apresentava uma condição de saúde bucal deficiente e doença periodontal avançada, o que sugere que este não utilizava o serviço odontológico de sua unidade, apesar de não indicar o motivo para tal. A sua condição de saúde bucal e o fato do diagnóstico de TB ser realizado apenas na atenção especializada, permite constatar alguma falha na atenção à saúde primária (APS).

Após analisar os relatos das consultas médicas anteriores, realizadas no HCPA, foram observados registros de queixa de tosse produtiva há 15 dias, sudorese noturna, episódios de febre vespertina e discreta perda de peso, nos últimos meses. Contudo, estas informações eram relatadas de maneira dispersa ao longo dos atendimentos médicos, pelo paciente, o que poderia ter contribuído para dificultar um diagnóstico adequado. Além disso, a fragmentação da atenção hospitalar, dentro das especialidades percorridas pelo paciente, também pode ter sido um fator importante no atraso do diagnóstico.

Na Unidade de Estomatologia, foram realizadas biópsias das lesões, com diagnóstico final inconclusivo, em um primeiro momento. Devido às características sugestivas de doença granulomatosa das lesões e possível comprometimento pulmonar do paciente, o caso foi discutido com a equipe da pneumologia. Assim, foi realizada a análise do lavado broncoalveolar apresentando Ziehl-Neelsen (BAAR) positivo para o *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*). O teste de Mantoux confirmou o diagnóstico de tuberculose e o exame sorológico anti-HIV realizado foi negativo. O paciente foi encaminhado ao pneumologista para avaliação quanto ao comprometimento pulmonar da doença. Após a avaliação clínica do mesmo, a equipe médica que estava acompanhando o caso, referenciou o paciente à unidade de saúde para iniciar o tratamento adequado da TB. O paciente iniciou o tratamento da doença na sua unidade de saúde, havendo acompanhamento pela equipe de saúde da atenção primária. No entanto, 30 dias após o início do tratamento, o paciente procurou o serviço de emergência do HCPA, devido ao agravamento de suas condições clínicas, sendo na ocasião, diagnosticada doença pulmonar infecciosa grave. O paciente

permaneceu internado no HCPA durante 30 dias, indo ao óbito por septicemia, insuficiência pulmonar e insuficiência renal aguda.

5.3 Aspectos da vulnerabilidade e do risco do paciente tuberculínico

Embora seja uma doença conhecida há séculos, a TB ainda é um importante problema de saúde, dado o fato da disseminação por via aérea afetar particularmente os pacientes imunodeficientes e populações empobrecidas. A existência de relações mais complexas entre a incidência de TB e um grande número de fatores (ambientais e intrínsecos), ainda pouco claros, parece estar envolvida nas características epidemiológicas da doença⁹. Além disso, a TB cumpre os critérios de prioridade de um agravamento da saúde pública: alta magnitude, transcendência e vulnerabilidade¹⁰.

O conceito de vulnerabilidade é bastante abrangente e implícito em várias áreas. Trata-se da suscetibilidade das pessoas ou, ainda, da probabilidade de exposição a uma doença que resulta de um conjunto de aspectos, tanto individuais como coletivos, que incluem o contexto onde o indivíduo está inserido⁹. Além disso, esse conceito também serve como um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A incidência de TB é identificada como mais elevada em áreas onde o nível da vulnerabilidade social é mais significativo. Além disso, a renda familiar e o nível educacional também parecem estar associados. Porém, nos últimos anos, foi observado um aumento expressivo na incidência de TB, mesmo em áreas sem vulnerabilidade social, onde a renda e o nível educacional foram mais altos¹¹. O conceito de risco, por outro lado, é definido como a probabilidade e a possibilidade de grupos populacionais ficarem doentes e morrerem devido a algum agravamento de saúde. A vulnerabilidade precede o risco, e estabelece os diferentes riscos que uma pessoa enfrenta para se infectar, adoecer e morrer¹², sendo que os maiores desafios a serem enfrentados, dada a gravidade da doença, são a desigualdade social, o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios¹⁰.

Os principais aspectos que determinam a perspectiva da pobreza na transmissão do *M. tuberculosis* estão relacionados com a sua influência sobre as condições de vida e de habitação, como locais superlotados, insalubres e mal ventilados, retardo no diagnóstico e aumento da vulnerabilidade devido à deficiência nutricional e à infecção por HIV¹³. Entretanto, cada classe social compreende certas condições de desenvolvimento das relações sociais que podem resultar em efeitos de vulnerabilidade diferentes para os membros de cada grupo¹⁴. A pobreza, como fator econômico, por si só, parece não determinar o

aparecimento da TB. Em áreas onde há um surto da doença observa-se, também, uma maior associação com fatores sociopolíticos, equidade na prestação de serviços e fragilidade das condições de vida da população. Contudo, ainda é uma doença prevalente em áreas urbanas pobres, onde as condições de transmissão são favorecidas pelas altas taxas de contato e superlotação¹⁵.

Outro ponto de discussão a ser considerado é a tendência de envelhecimento da população, uma vez que a taxa de incidência de TB começou a aumentar entre as pessoas idosas, principalmente no Brasil. Em 2007, o número de casos de TB entre os brasileiros foi de 72.140. Dentre estes casos, 7.862 (9%) pessoas afetadas tinham 60 anos ou mais de idade. Este fato indica a importância epidemiológica da doença entre os idosos no país¹⁶. O envelhecimento tem sido associado com o aumento no número de casos de TB e com o diagnóstico tardio. O diagnóstico da TB é estigmatizado por ser mais difícil em pacientes mais velhos e essa dificuldade afeta diretamente as taxas de mortalidade e de hospitalização¹⁷.

O atraso no diagnóstico da TB aumenta a gravidade da doença e a dificuldade do tratamento¹⁸. Alguns aspectos importantes que estão relacionados ao atraso no diagnóstico da TB e ao complexo controle da doença e que, indiretamente, também podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade dos sujeitos, incluem: a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, a centralizações das ações na rede de atenção, a falta de comunicação entre os níveis de atenção, o despreparo profissional para a identificação dos doentes, a dificuldade de vinculação do paciente com a unidade de APS de referência, a não realização de visitas domiciliares, a baixa prioridade na busca de sintomáticos respiratórios e a avaliação inadequada destes pacientes, a disseminação entre os contatos familiares e o baixo nível de suspeita diagnóstica de TB, o que resulta em um aumento do período entre a primeira visita ao serviço de saúde e o início do tratamento¹⁹.

A vulnerabilidade é uma construção inserida em um contexto dinâmico onde um indivíduo está em risco para o desenvolvimento de doenças ou comorbidades resultantes da desigualdade econômica e social, da contextualização familiar, do suporte cognitivo e psicológico e da existência de recursos físicos²⁰. Além disso, muitas vezes são utilizadas técnicas de análise e mapeamento espacial para melhor identificar a distribuição geográfica dos casos de TB. Estes modelos são capazes de identificar as zonas de risco elevado e a propensão à doença, o que permite a exploração das relações da doença e as exposições ambientais²¹. Desenhar a natureza espacial dos dados de incidência de TB auxilia na identificação das características da distribuição dos casos em determinados locais. Assim, a identificação de áreas com diferentes riscos para TB pode contribuir para um melhor

levantamento de dados epidemiológicos e planejamento de ações, considerando o sistema de atenção em saúde e as características de cada região específica, priorizando aqueles locais que apresentam maior incidência da doença²². Sobre os aspectos relacionados com o risco e a vulnerabilidade de adoecimento por TB do paciente apresentado no relato do caso, podemos destacar o fator idade e a presença de outras condições crônicas associadas, que podem contribuir para aumentar a possibilidade da infecção. A incidência de TB no Brasil começa aumentar na faixa etária correspondente aos idosos. Este fato pode ser justificado, por um lado, pela eficácia da vacina BCG e a redução do risco de infecção na comunidade; por outro, pelo crescimento da população de adultos e idosos. Além disso, o diagnóstico dificultado nessa faixa etária contribui para uma maior mortalidade pela doença²³. Em adição, a associação de condições crônicas apresentadas pelo paciente, como DPOC, diabetes e pancreatite crônica, também podem influenciar na aquisição e no controle da TB. Particularmente, a diabetes pode aumentar o risco de infecção pela *M. tuberculosis*, bem como ativar a infecção latente por este microrganismo. Além disso, o manejo clínico da TB se complica devido ao transtorno provocado pela diabetes no metabolismo dos fármacos antituberculínicos²⁴.

5.4 Importância da rede de atenção à saúde para o paciente com tuberculose

A TB era a doença que mais matava até o início século XX. No Brasil, a mortalidade pela doença permaneceu elevada, mesmo depois da descoberta do tratamento e das particularidades do controle da mesma⁵. Com a aplicação da quimioterapia, de forma ordenada e em programas organizados, foi possível melhorar a situação epidemiológica da doença, mas sem um controle adequado da propagação, principalmente nos países em desenvolvimento, sendo que atualmente ainda existe uma mortalidade significativa por TB¹.

No Brasil, a TB está distante de ser considerada uma doença controlada e, em alguns locais, como no Rio Grande do Sul, ocorreu um incremento de casos a partir da década de 90²⁵. Quando avaliamos os resultados do tratamento da TB, observamos que as metas inicialmente preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) não foram atingidas (taxa de cura igual ou superior a 85% e de abandono do tratamento menor do que 5%). No Brasil e no Rio Grande do Sul, para os pacientes em primo-tratamento têm-se cerca de 70% de cura e 10% de abandono do tratamento. Para os pacientes em retratamento, a taxa de cura cai para 50% e a taxa de abandono aumenta para 20%¹. O que acontece é que as ações de prevenção, de diagnóstico e de tratamento, não são aplicadas na intensidade suficiente e no

momento adequado. Há necessidade da prevenção do surgimento de novos infectados, através do diagnóstico precoce e do tratamento adequado da fonte de infecção⁶.

Neste sentido, observa-se uma necessidade urgente de mudança no modelo de assistência. Os serviços disponibilizados devem atuar de forma organizada e convergente, enfatizando as ações em rede, abordando as comunidades em busca das pessoas em maior risco de adoecimento, diagnosticando os casos antes de se tornarem fontes de infecção e acompanhando o tratamento dos pacientes diagnosticados até a cura confirmada²⁶. Para que isso ocorra é fundamental que os profissionais que atuam na área da saúde realizem uma abordagem de cunho clínico-assistencial, para uma intervenção sob o enfoque epidemiológico, adequada para as características da população. Além disso, essas ações devem ser realizadas em parceria entre todos os níveis de atenção e os serviços vinculados da RAS, não esquecendo a importância da atuação dos próprios membros da comunidade, através das representações da sociedade civil organizada⁶.

Dentro da RAS, podemos identificar dois tipos de serviços considerados como porta de entrada na rede de assistência, para os pacientes tuberculínicos. O primeiro corresponde aos serviços disponibilizados pela APS (Unidade Básica de Saúde e Unidades de Saúde da Família), organizados dentro da assistência com equipes generalistas, responsáveis pela situação de saúde da área de abrangência correlata e por intervir concomitantemente sobre as condições agudas e crônicas. A atuação destas equipes não se restringe à intervenção curativa, abordando aspectos relacionados com a equidade e a integralidade da atenção²⁷. A APS dispõe de recursos de baixa densidade tecnológica e deve cumprir as funções relacionadas com a maior parte da resolubilidade dos problemas da população, com a comunicação entre os níveis de atenção e outros serviços da rede, ordenando fluxos e contra-fluxos de pessoas, serviços e informações e com a responsabilização pelos microterritórios sanitários. A APS deve ser preferencialmente a porta de entrada para os serviços de saúde e deve possuir um modelo de atenção voltado à vigilância em saúde, composta por ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, dentre elas a TB²⁸. A Estratégia de Saúde da Família tem entre suas atribuições a abordagem de pacientes portadores de TB dentro de suas áreas geográficas de atuação, desde a suspeita clínica, passando pelo encaminhamento para a investigação diagnóstica e acompanhamento dos casos confirmados, através do tratamento supervisionado e da coleta da baciloscopia mensal para controle²⁷.

O segundo serviço de saúde considerado como porta de entrada para a rede de atenção é o pronto atendimento (PA), o qual desempenha papel essencial na atenção à demanda espontânea. Este serviço dispõe de recursos de média densidade tecnológica e atua como

solução para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas. Esse serviço tem como função a identificação da gravidade de uma condição ou situação de urgência ou emergência, em um menor tempo possível, para posterior definição de um melhor local para o atendimento, também podendo atuar como tal²⁷. Os serviços na APS e no PA são os mais procurados pelos pacientes, durante o início dos sintomas de TB. Por este motivo, deve haver uma política de saúde que priorize o diagnóstico para os casos suspeitos e atue como um sistema de saúde organizado em rede de atenção com fluxos definidos²⁹. Os programas de controle da TB têm tido dificuldade na descentralização das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da TB para a APS, principalmente pela multiplicidade de atividades já desenvolvidas pelas equipes e a falta de capacitação adequada dos profissionais, para atuarem no controle da enfermidade, que é realizada quase que exclusivamente pelas unidades de referência em TB³⁰. Na maior parte dos casos, a TB é uma doença que pode ter a sua resolução na APS e equipes de saúde capacitadas podem interferir positivamente nesse problema de saúde, através da investigação dos sintomáticos respiratórios, do diagnóstico precoce, do tratamento com esquema básico descentralizado e do acompanhamento das pessoas com TB e de seus contatos, facilitando o acesso ao serviço para estes pacientes e diminuindo a taxa de abandono do tratamento⁶.

As unidades da atenção especializada (AE), dentro da RAS, são responsáveis por realizar um conjunto de ações e serviços de saúde em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade. Estas unidades deverão receber os pacientes tuberculínicos via referenciamento, em condições especiais para o cuidado. Dentre elas, podemos citar as condições de antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda ou crônica, doente de Aids ou soropositivo para o HIV, antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias, suspeita de TB multidrogarresistente e TB extrapulmonar¹. Nesses casos, recomenda-se que o paciente seja acompanhado pelo pneumologista ou infectologista, especialmente se soropositivo. Os pacientes em retratamento por abandono, recidiva e falência do tratamento, assim como os casos de TB infantil devem preferencialmente ser acompanhados por uma unidade de referência secundária ou terciária⁶.

A RAS compreende arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Embora sejam representativos os avanços alcançados pelo sistema de saúde, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Para

superar as dificuldades encontradas a RAS deve alcançar o objetivo de promover a integração de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema de saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica²⁶.

De maneira geral, a APS deve ser prioritária no diagnóstico e controle dos casos de TB, dentro da rede de saúde. Contudo, em casos de pacientes com difícil diagnóstico, comorbidades associadas ou suspeita de TB extrapulmonar, recomenda-se que este seja referenciado para atendimento na AE¹. No caso relatado, o paciente apresentava DPOC ligada ao tabagismo, o que pode ter mascarado a identificação das lesões pulmonares de TB, no exame radiográfico, dificultando e atrasando o diagnóstico, na APS. Além das doenças crônicas associadas apresentadas pelo paciente, o mesmo também manifestou lesões orais decorrentes da infecção extrapulmonar da doença. Nesses casos, o paciente deve ser encaminhado para AE e, após a confirmação do diagnóstico, acompanhado pelo pneumologista⁵. A rede de serviços de saúde deve promover a integração de ações, visando à integralidade da atenção, particularmente para estes pacientes com TB, como ocorreu adequadamente no caso relatado.

5.5 A responsabilidade e o papel do cirurgião-dentista da atenção básica e da atenção especializada no diagnóstico da tuberculose

A reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de rede de atenção, é uma estratégia de superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde. No Brasil, o modelo de atenção à saúde vem sendo continuamente ajustado para o atendimento integral ao usuário, com inclusão e ampliação de serviços³¹. A RAS é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado³². Essa perspectiva de ações exige que a atenção primária à saúde desempenhe a função de coordenação do sistema de saúde. A variável-chave para definir os limites da atenção primária e especializada está na capacidade resolutiva de cada nível de atenção e diz respeito ao modo como estão estabelecidas as práticas de atenção à saúde¹.

A TB voltou a crescer, mesmo nos países desenvolvidos, apresentando manifestações atípicas, disseminadas da doença e, mais recentemente, formas resistentes ao tratamento habitual. Assim, a participação de todos os profissionais que compõem as equipes de saúde,

nas atividades que envolvem o diagnóstico, controle e prevenção da doença, é estratégica para a efetividade das ações da rede³. No âmbito da saúde bucal, o cirurgião-dentista também pode contribuir com as ações de diagnóstico e controle da TB. A estruturação de uma rede de atenção surge como uma solução abrangente, no que se refere tanto à gestão, quanto ao processo de trabalho dos profissionais da Odontologia. Nesse sentido, uma rede de apoio organizada possibilita a integração e articulação dos pontos de atenção à saúde bucal, assim como a transdisciplinariedade, de forma que possam ofertar atenção contínua e integral aos usuários, superando modelos de atenção anteriores, tradicionalmente considerados pouco resolutivos³³.

Na atenção básica, os cirurgiões-dentistas têm a responsabilidade de contribuir para a construção de políticas públicas na área da saúde e de auxiliar na capacitação das pessoas na busca da qualidade de vida, tanto individual quanto coletiva³⁴. É necessário que o cirurgião-dentista realize seu trabalho equilibrando prevenção e manejo terapêutico, adotando procedimentos cuja eficácia tenha sustentação científica e assegurando a integralidade da atenção. Além disso, deve participar do processo de identificação dos problemas dos diferentes grupos populacionais do território sob responsabilidade de seu serviço de saúde, atuando em equipes multidisciplinares e intersetoriais, com a participação de lideranças locais na vigilância da saúde bucal⁴.

O reconhecimento do cirurgião-dentista na atenção básica como profissional com potencial para o diagnóstico da TB contribui para o fortalecimento das equipes de saúde. O cirurgião-dentista como integrante da equipe de saúde pode auxiliar no diagnóstico precoce da doença, evitando suas complicações e maior disseminação da mesma³³. Dentro das atribuições específicas do cirurgião-dentista, como parte da equipe de saúde da família, está a participação em todas as ações desenvolvidas na unidade, inclusive ações preventivas e educativas que visam o controle da TB³⁵. No entanto, independentemente do tempo de formado, o profissional muitas vezes não se sente preparado para essas atividades, podendo comprometer a sua realização. A TB é sensível à ação dos profissionais, o que é uma vantagem para a sociedade e uma grande responsabilidade para todos os integrantes da equipe de saúde³⁶. Por essa razão, os trabalhadores devem estar preparados para lidar com ela. Neste sentido, a educação permanente em saúde pode servir como importante instrumento para adequação de conteúdos e recursos, para a formação técnica dos profissionais, auxiliando na orientação das ações prestadas em dado tempo e lugar³⁷.

A lógica de organização do SUS preserva a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos

problemas de saúde da população de cada área, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade³. Essa última perspectiva toma como possível constituir o campo da atenção especializada como parte de um sistema de cuidados integrais, cumprindo o objetivo de garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se num vínculo principal com a rede básica, que deve ser mantida³⁴. Os profissionais da APS são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados, em situações de casos mais complexos ou, ainda, para os casos que necessitam de diagnóstico através de exames específicos³³.

O encaminhamento do paciente tuberculínico (diagnosticado ou não), para a atenção odontológica especializada, geralmente ocorre devido à presença de lesões orais. O cirurgião-dentista da AE dispõe de recursos que possibilitam estabelecer a etiologia da lesão apresentada pelo paciente, assim como maior facilidade de acesso às especialidades médicas, que podem auxiliar na definição do diagnóstico. As unidades odontológicas da AE (Centro de Especialidades Odontológicas e Assistência Hospitalar) são mais qualificadas, por apresentarem equipamentos de maior complexidade e recursos humanos especializados, possibilitando um melhor apoio diagnóstico¹. Apesar da manifestação oral da TB ser pouco comum, o diagnóstico diferencial das lesões orais torna-se uma importante ferramenta para a identificação da doença, principalmente nos casos ainda não diagnosticados pela sintomatologia clínica usual. Lesões na região de cabeça e pescoço sempre devem ser incluídas no diagnóstico diferencial da TB, especialmente em populações de alto risco a TB e, em caso de uma combinação de suspeita clínica, deve-se considerar uma extensa análise laboratorial e exame radiográfico, para identificação e prevenção da propagação desta doença³⁸.

As manifestações bucais de doenças podem ser os primeiros sinais e sintomas de enfermidades e de alterações sistêmicas decorrentes de certos fármacos³⁵. Essas lesões bucais podem indicar o início ou evolução de alguma enfermidade, e, portanto, podem funcionar como um alerta para algumas doenças, como a TB³⁹. Com base nessas informações e no objetivo principal da prática em saúde, que é a produção do cuidado para a melhora da qualidade de vida das pessoas, entende-se que é imprescindível que os profissionais de saúde estejam atentos para tais manifestações e seu manejo. Assim, os cirurgiões-dentistas podem

desempenhar um papel de importância no diagnóstico e tratamento de pacientes tubercúlicos, em cooperação com os demais membros das equipes de saúde.

O cirurgião-dentista da APS, além de participar das ações de prevenção e de promoção de saúde, desenvolvidas pela sua unidade, visando o diagnóstico precoce e controle da TB, pode realizar, ainda, a identificação inicial de possíveis lesões orais da doença, nos casos já diagnosticados, podendo sugerir falha do tratamento ou controle da doença. Em adição, o cirurgião-dentista pode identificar lesões orais de casos ainda não diagnosticados. Em ambas as situações, a recomendação é de que estes pacientes sejam referenciados para unidades especializadas, que oferecerão melhor manejo dos casos⁵. Após procurar a unidade de saúde da APS, com a queixa de lesões ulceradas na cavidade oral, o paciente do caso relatado foi avaliado pela equipe e referenciado para um serviço de estomatologia da AE. Neste sentido, de acordo com as recomendações preconizadas, o fluxo entre os serviços foi adequadamente organizado e seguido, permitindo a realização do diagnóstico do paciente. A atuação do cirurgião-dentista foi fundamental para a condução apropriada do caso, enfatizando a importância da colaboração deste profissional dentro das equipes de saúde, para o diagnóstico da TB.

5.6 Conclusão

Embora seja incomum, a TB deve ser considerada entre os diagnósticos diferenciais de lesões ulcerativas crônicas da mucosa oral. A identificação adequada da manifestação oral da TB é importante não só para o paciente, mas também para a equipe odontológica e para a comunidade, uma vez que o paciente é uma fonte potencial de infecção. O diagnóstico precoce dos pacientes aumenta as chances de desfecho favorável para os casos e contribui para a redução da disseminação da doença. Neste sentido, a participação do maior número de profissionais na identificação destes pacientes é fundamental para o controle da TB, principalmente nos casos onde as manifestações clínicas não são percebidas ou reconhecidas pelo paciente ou pela equipe de saúde.

O diagnóstico, a busca de casos e o tratamento adequado dos doentes são ações fundamentais para o controle da TB. Sendo assim, todos os profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção, incluindo os cirurgiões-dentistas, são importantes no diagnóstico e controle da doença e devem possuir conhecimentos básicos sobre a mesma, para serem capazes de identificar os doentes e diferenciar os estados de infecção.

Os profissionais de saúde devem ser treinados para executar uma pesquisa eficaz para os pacientes sintomáticos respiratórios e permitir o diagnóstico precoce, evitando atraso no mesmo. Além disso, a falta de formação profissional pode resultar em menos suspeita clínica e contribuir para os atrasos de diagnóstico, reforçando a importância de oferecer treinamento aos profissionais sobre TB.

Após a análise do caso de TB oral no idoso, pode-se concluir que a investigação de TB pulmonar para todos os idosos, fumantes ou não, deve ser instituída na APS, uma vez que do ponto de vista epidemiológico, este grupo etário é o de maior risco para doenças infecciosas e a TB pode estar mascarada por outras doenças pulmonares crônicas. Além disso, o atraso no diagnóstico pode resultar no óbito do indivíduo bem como na contaminação dos seus familiares, contribuindo para o incremento na incidência da doença não diagnosticada na população.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
2. Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D (Org.). Promoção da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
3. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE et al. (Orgs.) O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.
4. Silva LK. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. Ciênc. saúde coletiva 2003;8(2):501-20.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
6. Ruffino-Netto A. Programa de controle de tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. Inf Epidemiol SUS 2001;10(3):129-38.
7. Marais BJ, Lönnroth K, Lawn SD, Migliori GB, Mwaba P, Glaziou P, et al. Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. Lancet Infect Dis 2013;13(5):436-48.
8. Santos Filho ET, Santos ZMG. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. Rev. Saúde Públ. 2007;41(Supl 1):111-16.

9. Lacerda NB, Temoteo CA, Figueiredo MRM, Luna DT, de Souza AN, de Abreu C, et al. Individual and social vulnerabilities upon acquiring tuberculosis: a literature systematic review. *Int Arch Med* 2014;12:7-35.
10. Ayres JRCM, Paiva V, França Júnior I, Gravato N, R Lacerda, Negra MD, et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. *Am J Public Health* 2006;96(6):1001-06.
11. Roza DL, Caccia Bava-MCGG, Martinez EZ. Padrões espaço-temporais da incidência da tuberculose em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, sudeste do Brasil, e sua relação com a vulnerabilidade social: uma análise bayesiana. *Rev Soc Bras Med Trop* 2012;45(5):607-15.
12. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. The vulnerability and the compliance in Collective Health *Rev Esc Enferm USP* 2009;43(Spe2):1326-30.
13. Marais BJ, Hesselning AC, Algodão MF. Poverty and tuberculosis: is it truly a simple inverse linear correlation? *Eur Respir J* 2009;33(4):943-44.
14. Vendramini SHF, Gazetta CEI, Chiaravalotti FN, Cury MR, Meirelles EB, Kuyumjian FG, et al. Tuberculose em município de porte Médio do Sudeste do Brasil: Indicadores de morbidade e Mortalidade, de 1985 a 2003. *J Bras Pneumol* 2005;31(3):237-43.
15. Fasca SF. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz; 2008. Tuberculose e condições de vida: Uma Análise da Distribuição no Espaço urbano não estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2000 a 2002.
16. Codenotti SB. Incidência de da Idosos tuberculose EM. Em: Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Brasília; 2010.
17. Shin JY, Jung SY, Lee JE, Parque JW, Yoo SJ, Parque HS, et al. Pulmonary characteristics Webb-Yates M. tuberculosis in the elderly: a different disease? tuberculosis in older people 2010;69(3):163-70.
18. de Oliveira AA, de Sá LD, Nogueira JA, de Andrade SL, Palha PF, Villa TC. Tuberculosis diagnosis in the aged: barriers to accessing health services. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(1):145-51.
19. Pesut DP, Gledović ZB, Grgurević AD, Nagorni-Obradović LM, Adžić TN. Tuberculosis Incidence in Elderly in Serbia: Key Trends in Socioeconomic Transition. *Croata Med J* 2008;49(6):807-12.
20. Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Petrilli Filho JF, Santos AA. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009;17:374-79.
21. Gesler W. The uses of spatial analysis in medical geography: a review. *Soc Sci Med* 1986;23:963-73.
22. Alvarez Hernández-G, Lara-Valencia F, Reyes Castro-PA, Rascón-Pacheco RA. An analysis of spatial and socio-economic determinants of tuberculosis in Hermosillo, Mexico, 2000-2006. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010;14:708-13.

23. Chaimowicz F. Age transition of tuberculosis incidence and mortality in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):81-7.
24. Rawat J, Sindhvani G, Biswas D. Effect of age on presentation with diabetes: Comparison of nondiabetic patients with new smear-positive pulmonary tuberculosis patients. *Lung* 2011;28(3):187-90.
25. Prefeitura de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas Técnicas do Estado do Rio Grande do Sul: tuberculose. Porto Alegre, 2003.
26. Barreira D, Grangeiro A. Evaluation of tuberculosis control strategies in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2007;41(Supl.1):4-8.
27. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF, et al. Involvement of health primary care teams in the control of tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(2):262-7.
28. Bodstein R. Atenção básica na agenda da Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7(3):401-12.
29. Maciel EL, Golub JE, Peres RL, Hadad DJ, JL Fávero, Molino LP, et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010;14(11):1403-10.
30. Machado ACFT, Steffen RE, Oxlade O, Menzies D, Kritski AL, Trajman A. Factors associated with delayed diagnosis of pulmonary tuberculosis in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *J Bras Pneumol* 2011;37(4):512-20.
31. Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelecendo diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
32. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2010;15(5):2297-305.
33. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica 17: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
34. Sheiham A, Moyses SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In YP Buischi (Org.). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2000.
35. Guerra LM, Pereira AC. Pacientes imunossuprimidos. In: Pereira AC. *Tratado de saúde coletiva em odontologia*. Nova Odessa: Napoleão; 2009:653-72.
36. Harrel, S.K.; Molinari, J. Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. *J Am Dent Assoc* 2004;135(4):429-37.
37. Ramalho KM, Buscariolo IA, Adde CA, Tortamano IP. Tuberculosis re-eclosion: implications for dentistry. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2006;60(4):283-88.
38. Hale LT, Tucker CP. Head and neck manifestations of tuberculosis. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2008;20:635-42.

39. McLean A, Wheeler E, Cameron S, Baker D. HIV and dentistry in Australia: clinical and legal issues impacting on dental care. *Australian Dental Journal* 2012;57(3):256-70.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TB é uma doença infecciosa de elevada magnitude e importância. Na região Sul, o Rio Grande do Sul é o Estado que apresenta o maior número de municípios prioritários para a realização de ações de controle e monitoramento da TB. Apesar do trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, em parceria com os estados, os municípios e a sociedade civil, a incidência de novos casos ainda é significativa, o que demanda o desenvolvimento de ações específicas, considerando as particularidades de cada local. O perfil epidemiológico da TB justifica intensificar as ações estratégicas de controle da doença e organizar equitativamente a oferta de serviços aos pacientes doentes, para melhor controle da mesma.

Obedecendo aos princípios básicos da terapia medicamentosa e à adequada operacionalização do tratamento, a TB é bastante sensível aos fármacos antituberculínicos. A associação medicamentosa adequada, as doses corretas e o uso por tempo suficiente dos medicamentos são os princípios básicos para o adequado tratamento dos doentes, evitando a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos, assegurando, assim, a cura do paciente. O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da TB, uma vez que permite interromper a cadeia de transmissão. Outra questão importante é a garantia da ampliação da oferta de tratamento de forma descentralizada, facilitando o acesso e a equidade da atenção aos doentes com TB, principalmente priorizando as situações de risco e atendendo às demandas individuais e coletivas da comunidade.

O Brasil segue a proposta da OMS no que diz respeito às prioridades relacionadas à detecção precoce de casos, ao tratamento do paciente e à sua conclusão com desfecho favorável: a cura. Para isso, as atividades desenvolvidas precisam estar relacionadas a abordagens que visam à redução do estigma que ainda existe em torno da doença e à melhoria das estratégias para adesão ao tratamento, não perdendo de vista a necessidade de articulação com outras áreas, inclusive fora do setor da saúde. Além disso, devem-se conhecer os fatores de risco e de vulnerabilidade do paciente tuberculínico, para um melhor redirecionamento das atividades.

O envelhecimento, como fator de risco, também pode estar envolvido com outros aspectos a serem considerados, como a diminuição da imunidade celular, doenças e condições crônicas associadas, tabagismo e polifarmácia que podem favorecer a presença de TB no idoso, diferenciando estes pacientes de outros segmentos da população. Neste sentido, torna-se importante considerar as características destes pacientes no momento do diagnóstico e no

tratamento da TB, a fim diminuir as possíveis intercorrências e o risco de morte, uma vez que a gravidade da doença no paciente idoso pode ser maior do que em outros grupos populacionais.

A equipe de trabalho atuante nas ações de diagnóstico e controle da TB deve incluir todos os profissionais das unidades de saúde. Além da definição da composição da equipe e das atribuições e funções, é fundamental levantar o perfil do grupo quanto às experiências e às qualificações. A partir disso, define-se o processo de trabalho com objetivos comuns da equipe e faz-se a previsão de estratégias de educação permanente. A educação permanente é entendida aqui como o processo de reflexão crítica e contínua sobre a realidade do trabalho, com vista à sua problematização e à proposição coletiva de mudanças que possam melhorar a qualidade das práticas do atendimento.

As lesões bucais podem indicar o início ou evolução de alguma enfermidade, e, portanto, podem funcionar como um alerta para algumas doenças, como a TB. Assim, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos para tais manifestações e seu manejo. O cirurgião-dentista pode desempenhar um papel fundamental no diagnóstico e controle de pacientes tuberculínicos, em cooperação com os demais membros das equipes de saúde, pois além de participar das ações de prevenção e de promoção de saúde, desenvolvidas pela sua unidade, pode identificar lesões orais de casos ainda não diagnosticados ou de difícil diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Moravkova M, Slany M, Trcka I, Havelkova M, Svobodova J, Skoric M, et al. Human-to-human and human-to-dog *Mycobacterium tuberculosis* transmission studied by IS6110 RFLP analysis: A case report. *Vet Med* 2011;56:314–7.
2. Cubillos-Ruiz A, Sandoval A, Ritacco V, López B, Robledo J, Correa N, et al. Genomic signatures of the haarlem lineage of *Mycobacterium tuberculosis*: Implications of strain genetic variation in drug and vaccine development. *J Clin Microbiol* 2010;48:3614–23.
3. Lence A, Aguas de Galli S. The dentist's role to the advance of tuberculosis. *Rev Fac Odontol* 2011;26(61):27-30.
4. Genebra, Suíça: OMS; 2010. Organização Mundial de Saúde (OMS). Tuberculose Ficha N 104.
5. Hijjar MA, Procópio MJ, de Freitas LMR, Guedes R, Bethlem EP. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. *Pulmão* 2005;14(4):310-14.
6. Hijjar MA, Procópio MJ, Teixeira GM. A tuberculose no Brasil e no mundo. *Bol Pneumol Sanit* 2001;9(2):9-16.
7. dos Santos MA, Albuquerque MF, Ximenes RA, Lucena-Silva NL, Braga C, Campelo AR, et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. *MC Public Health* 2005;5:25.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
9. Kritski AL, Conde MB, de Sousa GRM. Tuberculose do ambulatório à enfermaria. Editora Atheneu, 2000, 2ª edição, 303p.
10. CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in health care settings. *MMWR* 2005;54:RR-17:1-141.
11. SBPT, III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *J Bras Pneumol* 2009;35(10):1018-48.
12. WHO, World Health Organization. Guidelines for the Prevention of Tuberculosis in Health Care Facilities in Resource-Limited Settings. 1999.
13. English RG, Bachmann MO, Bateman ED, Zwarenstein MF, Fairall LR, Bheekie A, Majara BP, Lombard C, et al. Diagnostic accuracy of na integrated respiratory guideline in identifying patients with respiratory symptoms requiring screening for pulmonary tuberculosis: a cross-sectional study. *BMC Pulm Med* 2006;25:6:22.
14. Figueiredo RCPS. Estudo da utilização do método bacteriológico no diagnóstico da tuberculose pulmonar no município de Taubaté, S. Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 1996.

15. Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health* 2008;8:15.
16. Campos, H.S. Diagnóstico de tuberculose. *Pulmão* 2009;15(2):92-9.
17. SBPT, Grupo de trabalho das Diretrizes para Tuberculose. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Braziliam Thoracic Association Guidelines on Tuberculosis. *J Bras Pneumol*. 2009;35(10):1018-48.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
19. Santiago RA, Gueiros LA, Porter SR, Gomes VB, Ferrer I, Leão JC. Prevalence of oral lesions in Brazilian patients with tuberculosis. *Indian J Dent Res* 2013;24:245-48.
20. Vaid S, Lee YY, Rawat S, Luthra A, Shah D, Ahuja AT. Tuberculosis in the head and neck: A forgotten differential diagnosis. *Clin Radiol* 2010;65:73-81.
21. Volkweis MR, da RochaRS, Leonardo LLN, Wagner JCB. Lesões bucais manifestadas em pacientes aidéticos e tuberculosos, relacionadas com contagem cd4+/cd8+. *Rev Fac Odontol* 2001;4(3):74-82.
22. Gupta U, Narwal A, Singh H. Primary labial tuberculosis: a rare presentation. *Ann Med Health Sci Rev* 2014;4:129-31.
23. Ito FA, de Andrade CR, Vargas PA, Joege J, Lopes MA. Primary tuberculosis of the oral cavity. *Oral Diseases* 2005;11(1):50-3.
24. Dinnes J, Deeks J, Kunst H, Gibson A, Cummins E, Waugh N, et al. A systematic review of rapid diagnostic tests for the detection of tuberculosis infection. *Health Technol Assess* 2007;11(3):1-196.
25. Nagaraj V, Sashy Kumar S, Viswanathan S, et al. Multiple oral ulcers leading to diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Eur J Dent* 2013;7:243-5.
26. Sezer B, Zeytinoglu M, Tuncay U, et al. Oral mucosal ulceration: A manifestation of previously undiagnosed pulmonary tuberculosis. *J Am Dent Assoc* 2004;135:336-40.
27. Hale LT, Tucker CP. Head and neck manifestations of tuberculosis. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2008;20:635-42.
28. Mignogna MD, Muzio LL, Favia G, et al. Oral tuberculosis: A clinical evaluation of 42 cases. *Oral Dis*. 2000;6:25-30.
29. Rodrigues L, Barreto M, Kramer M, Barata RCB. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. *Rev Saúde Pública* 2007;41(Supl. 1):1-2.
30. Pineda, NIS; Pereira, Sm; Dias, E; Barto, ML. Quimioprofilaxia na prevenção da tuberculose. *J Bras Pneumol* 2004;30(4):395-405.
31. Brasil, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle de Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5ª ed, Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002.

32. Ribeiro SA, Amado VM, Camelier AA, Fernandes MMA, Schenkman S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. *J Pneumol* 2000; 26(6): 291-96.
33. Barreira D, Grangeiro A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007;41(Supl.1):4-8.
34. American Thoracic Society; Center for Disease Control and Prevention; Infectious Disease Society of America. American Thoracic Society / Center for Disease Control and Prevention/Infectious Disease Society of America: Controlling tuberculosis in the United States. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;172(9):1169-227.
35. Rezende MB, Barbosa HHMM. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar. *Rev Para Med* 2003;17(2):12-7.
36. BUSS PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc saúde coletiva* 2000;5(1):163-77.
37. Mendes E V. As redes de atenção à saúde no SUS. Conferência proferida na 9ª EXPOEPI. 2009.
38. Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D (Org.). *Promoção da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
39. Santos Filho ET, Santos ZMG. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. *Rev. Saúde Públ.* 2007;41(Supl 1):111-16.
40. Machado ACFT, Steffen RE, Oxlade O, Menzies D, Kritski AL, Trajman A. Factors associated with delayed diagnosis of pulmonary tuberculosis in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *J Bras Pneumol* 2011;37(4):512-20.
41. Hwang S W, Tolomiczenko G, Kouyoumdjian F G, Garner R E. Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2005;29(4):311-19.
42. Marais BJ, Lönnroth K, Lawn SD, Migliori GB, Mwaba P, Glaziou P, et al. Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. *Lancet Infect Dis* 2013;13(5):436-48.

ANEXO I – Parecer de Aprovação

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE DE SAÚDE FRENTE AO DIAGNÓSTICO DAS MANIFESTAÇÕES ORAIS DA TUBERCULOSE

Pesquisador: MARIA CRISTINA MUNERATO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34283714.5.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 817.871

Data da Relatoria: 01/10/2014

Apresentação do Projeto:

Este trabalho envolve revisão de literatura sobre odontologia e tuberculose, biossegurança e tuberculose, manifestações orais e tuberculose, associado a um relato de caso clínico e da discussão do papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde no que diz respeito ao diagnóstico da doença considerando as manifestações orais.

Objetivo da Pesquisa:

1. Geral

Abordar o papel do profissional de odontologia no diagnóstico da tuberculose bem como a sua atuação dentro da equipe de saúde, no que diz respeito ao cuidado e acompanhamento dos pacientes infectados na rede de atenção, através de um relato de caso clínico e revisão de literatura.

2. Específicos

- Delinear a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da tuberculose.
- Conhecer a atuação da equipe de saúde, considerando o cuidado e o acompanhamento dos pacientes infectados e de suas famílias na rede de atenção.
- Relatar os cuidados de biossegurança odontológicos para profissionais e pacientes.

Situação do Parecer:

Aprovado

PORTO ALEGRE, 03 de Outubro de 2014

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)