

nados na enfermaria de clínica médica do Hospital Guilherme Álvaro quanto aos riscos para evolução de TEV - Avaliar se os pacientes Risco alto e moderado para TEV estão recebendo alguma medida profilática para tal evento. **Métodos:** Questionários nos 2 primeiros dias de internação quanto a estratificação de risco e avaliar se algum método de profilaxia estava sendo utilizado ou não. **Resultados:** Os pacientes foram analisados no período de Abril à Novembro de 2005 na enfermaria de Clínica Médica do Hospital Guilherme Álvaro, hospital terciário, do SUS, com atendimento de uma macro região de cerca de 1.200.000 habitantes. Os dados foram coletados no período de Abril à Novembro de 2005 com preenchimento periódico de fichas de análise de fatores de risco com verificação nas prescrições se havia medidas de profilaxia para TVP/TEP. Todos os pacientes eram avaliados na internação e com 48h após esta. Todos os resultados forma pareados em três grandes grupos que foram: os pacientes com Risco Alto e Moderado sem uso de profilaxia, o mesmo grupo com uso de medidas e um terceiro grupos com baixo risco de TVP/TEP. Em relação à distribuição dos grupos por sexo não houve diferença, sendo os mesmos homogêneos, com 140 homens e 133 mulheres. Já em relação a variável idade, esta apresentou uma grande diferença já esperada entre os grupos Observamos que o paciente de Alto Risco e Risco Moderado para TVP/TEP corresponderam a 200 pacientes, sendo 73,3% do total, e neste 102 (51%) pacientes não recebiam nenhuma profilaxia. Do total de pacientes analisados, os pacientes de Baixo risco somaram 73 pacientes sendo a parcela de 26,7%. Dentro da análise dos múltiplos fatores de risco, os pacientes de Alto e Moderado Risco forma analisados, sendo que o grupo sem profilaxia apresentava maior quantidade de pacientes com mais de um fator de risco com 73 pacientes (72% do total de 102) e o grupo com profilaxia foram 56 pacientes (57% do total de 98). O gráfico abaixo discrimina os principais fatores de risco avaliados. A idade como fator de risco isolado foi o predominante correspondendo 54% dos pacientes acima de 60 anos. Um número expressivo de pacientes neoplásicos com total de 34%, sendo o restante da distribuição em 20,4% dos pacientes com ICC, imobilidade em 27,4%, AVC com 12% e com mais de um fator de risco somaram-se 47%. Devemos lembrar que estes fatores são os mais importantes, pois foram analisadas umas séries de outros fatores já citados previamente. **Conclusão:** Apesar do conhecimento dos fatores de risco, ainda muitos pacientes com fatores de risco moderado e alto não usam profilaxia.

PO635 RELATO DE CASO: HIPERTENSÃO PULMONAR SEVERA EM PACIENTE COM SÍNDROME HUGHES-STOVIN TRATADA COM ILOPROST E SILDENAFILA

Bohns Meyer GM, Chaves MSS, Spilimbergo FB, Issa F, Pereira JD, Souza FJFB
Complexo Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; Aneurisma; Trombose venosa profunda

Introdução: A síndrome de Hughes-Stovin constitui-se em uma rara desordem de causa desconhecida caracterizada pela combinação de múltiplos aneurismas nas artérias pulmonares associada a trombose venosa profunda. Essa síndrome possui três estágios: o primeiro envolve a formação de tromboflebitis, o segundo consiste na formação de aneurismas, e o terceiro consiste na ruptura destes aneurismas que confere potencialmente maior morbidade. **Objetivos:** Apresentar o caso de uma paciente feminina, 42 anos, branca, com dispnéia a mínimo esforços, tosse seca e taquicardia desde 2002. Classe funcional de WHO IV, com síndrome de Hughes-Stovin e hipertensão pulmonar severa (consequente a TEP de repetição). História prévia de malformação vascular no membro inferior esquerdo sendo submetida na infância-adolescência a várias intervenções cirúrgicas. **Métodos:** Paciente iniciou acompanhamento com o serviço, sendo solicitados os exames abaixo: Cateterismo cardíaco direito com teste de vasoreatividade negativo Doppler dos Msls: ausência de doença tromboembólica aguda, presença de lesões vasculares que sugerem hemangiomas; Espirometria: distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem resposta ao broncodilatador. DCO com moderada redução Cintilografia pulmonar Vent/Perf: múltiplos defeitos na difusão segmentar e subsegmentar envolvendo ambos os pulmões PE 45% PD 55% e estudo ventilatório com alta probabilidade de doença tromboembólica pulmonar. Ecocardiograma: FE 72%, PSAP 121, PMAP 60, diâmetro do VD 43mm Teste da caminhada do 6 min: dessaturação importante 94% => 75%, caminhada 390 m Angiotomografia de tórax e abdômen: sinais compatíveis com HAP severa, com dilatação aneurismática de ramos intra-parenquimatosos da artéria pulmonar, áreas de aprisionamento de ar podendo ser decorrentes de bronquiólite, lesões císticas esplênicas. **Resultados:** Paciente recebeu inicialmente tratamento com anticoagulante oral, diurético, sildenafil e oxigenioterapia, obteve boa evolução com queda das pressões pulmonares e melhora da classe funcional WHO de IV para II, mantendo-se assim até outubro de 2003 quando houve piora da classe funcional e das pressões pulmonares sendo então associado iloprost inalatório. **Conclusão:** Paciente apresenta boa evolução com terapia associada (iloprost + sildenafil), atualmente em classe funcional WHO I e diminuição dos parâmetros ecográficos.

PO636 PESQUISA DE HIPERTENSÃO PULMONAR ATRAVÉS DE MEDIDAS ECO-CARDIOGRÁFICAS EM PACIENTES COM ANEMIA FALCIFORME

Gazzana MB, John AB, Canani SF, Svartman FM, Silva DR, Albaneze R, Bittar CM, Menna Barreto SS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Anemia falciforme; Hipertensão pulmonar; Ecocardiografia

Introdução: A hipertensão pulmonar em pacientes com anemia falciforme está diretamente relacionada à hemólise. Esse fenômeno intravascular leva a uma redução da biodisponibilidade de óxido nítrico, sendo a arginase plasmática responsável por uma das vias. A detecção precoce de hipertensão pulmonar nessa população é importante, uma vez que tal patologia está relacionada com menor sobrevida. **Objetivos:** Descrever os achados ecocardiográficos em uma série de casos de pacientes com anemia falciforme. **Métodos:** Foram analisadas retrospectivamente, através de dados do prontuário eletrônico, as principais variáveis ecocardiográficas de 16 pacientes com anemia falciforme que foram encaminhados para J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 5):S 217-S 392

avaliação no Ambulatório de Circulação Pulmonar da nossa instituição entre Jan/2005 e Julho/2006. **Resultados:** Foi realizada avaliação, através de ecocardiografia com Doppler transtorácica, em 16 pacientes com o diagnóstico de anemia falciforme. Seis homens e dez mulheres, com média de idade (média \pm desvio-padrão) de 30,2 + 13,96 anos. Média do diâmetro VD de 2,14cm. A prevalência de hipertensão pulmonar, definida como PSAP estimada > 40mmHg, encontrada em nossa amostra foi de 18,75%. Átrio esquerdo e fração de ejeção com médias de 3,66cm e 67,18%, respectivamente. Alterações em ventrículo esquerdo (VE) foram observadas em 6/16 pacientes, sendo déficit de relaxamento em 2 e aumento da massa de VE em 5 pacientes. As anormalidades valvulares encontradas foram prolapso mitral e insuficiência aórtica leve. **Conclusão:** A prevalência de hipertensão pulmonar, avaliada por ecocardiografia, em pacientes com anemia falciforme nessa série de casos foi de 18,75%, valor menor do que o encontrado em outras séries. Tal resultado pode dever-se ao reduzido tamanho da amostra e/ou a menor média de idade dos pacientes avaliados.

PO637 DISSECÇÃO DE ARTÉRIA PULMONAR EM PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR SEVERA - SEGUIMENTO A LONGO PRAZO COM TRATAMENTO COM BOSENTANA E SILDENAFILA

Bohns Meyer GM, Souza FJFB, Puchalski M, Chaves MSS
Complexo Hospitalar Santa Casa, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Hipertensão arterial pulmonar; Dissecção da artéria pulmonar; Bosentana e sildenafil

Introdução: A Hipertensão arterial pulmonar (HAP) é definida como grupo de doenças caracterizado pelo aumento progressivo da resistência vascular pulmonar, levando a falência ventricular direita e morte prematura. A presença de dissecção da artéria pulmonar é uma complicação rara e extremamente grave com alta mortalidade, sendo, na maioria dos casos, o diagnóstico feito pós morte. Apresentamos o caso de uma paciente feminina, mulata, 48 anos, que foi encaminhada para avaliação em nosso serviço em junho de 2003 com histórico de comunicação inter atrial e hipertensão arterial pulmonar severa que piorou nos últimos dois meses a tal ponto de estar em classe funcional IV de WHO necessitando 15l de O2 por máscara de Venturi para e sem condições de deambular devido ao cansaço. **Objetivos:** Apresentar a evolução favorável a longo prazo de um caso de dissecção de artéria pulmonar em paciente com HAP severa tratado com bosentana e sildenafil. **Métodos:** Ecocardiograma: ventrículo esquerdo com função sistólica preservada, dilatação de cavidades direitas e hipocinesia de VD, hipertensão arterial pulmonar severa, insuficiência tricúspide severa, insuficiência pulmonar moderada, dilatação aneurismática do troncopulmonar e ramo pulmonar direito. Ectasia de ramo pulmonar esquerdo. Presença lâmina móvel na parede do tronco (dissecção). Ausência no presente exame de trombo no interior do tronco pulmonar. Efeito de contraste espontâneo (fluxo lento). Comunicação interatrial ostium secundum grande. Angiotomografia de tórax com sinais de hipertensão arterial pulmonar severa e dissecção da artéria pulmonar. **Resultados:** Paciente optou por tratamento clínico, tendo-se iniciado a administração de sildenafil à qual obteve-se boa resposta clínica. A paciente passou à classe funcional III e não necessitou mais de oxigenioterapia suplementar com saturação em ar ambiente de 92%. Tal benefício perdurou por cerca de doze meses, quando por piora progressiva acrescentamos bosentana ao esquema terapêutico, o que fez com que a paciente retorne-se à classe III e tal melhora perdura até o presente. **Conclusão:** A HAP é uma doença com alta morbimortalidade e, quando acompanhada de complicações como a dissecção da artéria pulmonar esta é ainda maior. Terapia medicamentosa como bosentana e sildenafil alteraram favoravelmente o curso da evolução da doença nesta paciente.

PO638 PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE CIRCULAÇÃO PULMONAR DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Gazzana MB¹, John AB², El Ammar JS³, Canani SF⁴, Svartman FM⁵, Silva DR⁶, Albaneze R⁷, Menna Barreto SS⁸

1,2,4,5,6,7,8. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 3. FAMED/UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Circulação pulmonar; Cirrose hepática; Hipertensão pulmonar

Introdução: Dentre as patologias que afetam a circulação pulmonar, destacam-se as tromboembólicas, as hipertensivas, em todas as suas formas, e aquelas que correspondem à manifestação de doenças sistêmicas na circulação do pulmão. Não apenas o diagnóstico, mas também a instituição e monitorização do tratamento requerem atendimento específico. No Serviço de Pneumologia/HCPA, funciona o ambulatório direcionado para o estudo das doenças da circulação pulmonar. **Objetivos:** Descrever o perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório de Circulação Pulmonar do Serviço de Pneumologia/HCPA no ano de 2004. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado através da revisão dos prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de Circulação Pulmonar em 2004. Foram coletados dados demográficos e epidemiológicos e informações relevantes no processo de investigação até o estabelecimento do diagnóstico final. **Resultados:** Dos pacientes atendidos e com dados disponíveis, foram totalizados 68, sendo que 37 (54,4%) eram homens, com média de idade de 51,9 anos. Quarenta pacientes (58,8%) foram encaminhados para avaliação pulmonar pré transplante hepático, 16 (23,5%) para investigação da etiologia da hipertensão pulmonar, 6 (8,8%) para acompanhamento de anticoagulação, 3 (4,4%) para avaliação de dispnéia e 3 (4,4%) por outros motivos. Dentre os pacientes sem cirrose hepática, os principais diagnósticos estabelecidos foram: hipertensão pulmonar (17 casos), sendo destes 4 tromboembólica crônica, 3 idiopática, 4 relacionados à colagenose, 2 secundários à cardiopatia, 1 relacionado ao HIV, 1 associado a distúrbio do sono e outro a anemia falciforme, sendo que apenas 1 caso não teve a etiologia definida no período avaliado; tromboembolia pulmonar (6 casos); síndrome de Rendu-Osler-Weber (1) e mal formação arteriovenosa (1). Foram registrados 16 óbitos no período, sendo 14 no grupo de indivíduos com hepatopatia crôni-

ca. **Conclusão:** A maioria dos pacientes atendidos no Ambulatório de Circulação Pulmonar foi de indivíduos com cirrose hepática em avaliação pré transplante. Dentre o grupo sem patologia hepática, o principal diagnóstico encontrado na nossa amostra foi de hipertensão pulmonar.

PO639 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÔNICO EVOLUINDO COM RE-CANALIZAÇÃO

Garcia Barbosa ML¹, Barbosa MLG², Barbosa FP³, Fonseca TB⁴, Cardoso DTF⁵, Nunes AS⁶, Cipriano FG⁷

1. Instituto do Pulmão - Ribeirão Preto e Faculdade de Medicina - Universidade de Ribeirão Preto - SP, Ribeirão Preto, SP, Brasil; 2,3,4,5,6,7. Instituto do Pulmão e UNAERP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Palavras-chave: Embolia; Hipertensão pulmonar; Arteriografia

Introdução: O tromboembolismo pulmonar é uma entidade de alta prevalência na prática clínica, potencialmente letal, que, com frequência, pode gerar dificuldades diagnósticas. Quando tratado de maneira adequada, a mortalidade estimada é de 8%, cifra que pode atingir até 40% quando o diagnóstico é retardado. Define-se tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo (TEPC) como o quadro de hipertensão pulmonar observado após um período mínimo de três meses depois de pelo menos um episódio de embolia de pulmão desde que excluídas outras causas de hipertensão pulmonar. Aproximadamente 4% dos casos de tromboembolismo pulmonar agudo evoluem com hipertensão pulmonar secundária. Pela técnica tomográfica podemos observar algumas características que permitem a separação do fenômeno tromboembólico agudo do TEPC. A perfusão em mosaico, isto é, regiões de hipertransparência entremeadas com áreas de maior densidade radiológica, presença de trombos excêntricos e o alargamento do tronco da artéria pulmonar, sugerindo hipertensão, são no seu conjunto bem característicos de TEPC. A arteriografia pulmonar é o exame definitivo para o diagnóstico de TEP. No TEPC observa-se falhas de preenchimento vascular pelo contraste não tão bem definidas, que refletem os diferentes e complexos padrões de organização e recanalização parcial dos trombos. Este método até hoje continua como a referência para o diagnóstico de qualquer episódio tromboembólico agudo ou crônico. **Objetivos:** Relato de caso. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente feminina, 45 anos, branca, faxineira, natural do interior de São Paulo. Tabagista importante, em seguimento clínico por DPOC há 10 anos, encaminhada para nosso serviço por descompensação clínica aguda e piora importante da dispnéia. Angiotomografia pulmonar mostrou-se compatível com tromboembolismo pulmonar agudo com comprometimento principal dos lobos inferiores, evolução com hipertensão pulmonar com ecocardiograma mostrando aumento do diâmetro ventricular direito (32mm), aumento moderado de câmaras cardíacas direita, disfunção diastólica de grau discreto tipo alteração do relaxamento do ventrículo esquerdo (fração de ejeção = 73%) e hipertensão pulmonar de grau moderado (pressão sistólica de artéria pulmonar = 63mmHg). Após 8 meses, nova angiotomografia pulmonar mostrava manutenção dos sinais de tromboembolismo pulmonar crônico e ecocardiograma mostrava persistência da hipertensão pulmonar (pressão sistólica de artéria pulmonar = 63mmHg). Após 14 meses do episódio agudo foi realizada arteriografia pulmonar mostrando recanalização com ausência de sinais de embolia pulmonar crônica e redução da hipertensão pulmonar (pressão sistólica de artéria pulmonar = 44mmHg). **Conclusão:** Descrevemos um caso de tromboembolismo pulmonar crônico com hipertensão pulmonar que apresentou recanalização comprovada pela arteriografia pulmonar.

PO640 DOSAGEM DE D-DÍMEROS NO ACOMPANHAMENTO DE ANTICOAGULAÇÃO EM PACIENTES COM TROMBOEMBOLIA PULMONAR

Ramos Feitosa PH, Feitosa RC, Dos Santos AA

Hospital Regional do Gama/Clinica de Doenças Respiratórias e Reabilitação Pulmonar, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar; D-dímeros; Anticoagulação

Introdução: A pesquisa de D-dímeros ainda é controversa no diagnóstico de TEP, porém tem sido bastante pesquisada na literatura. Neste nosso trabalho modificamos o foco de diagnóstico para acompanhamento da anticoagulação. **Objetivos:** Verificar se o D-dímero servir como marcador para acompanhamento da anticoagulação, certificando-se que houve redução do efeito trombótico. **Métodos:** Foram selecionados pacientes que tinham diagnóstico de TEP (alta probabilidade clínica com cintilografia pulmonar de alta probabilidade ou angio TC mostrando trombo em artéria pulmonar). Todos os pacientes tinham D-dímeros acima de 500ng/ml. Três dosagens de D-dímeros eram realizadas: 1- no momento do diagnóstico; 2- entre 10 e 15 dias de tratamento; 3- 30 a 40 dias de tratamento. O método utilizado para dosagem do D-dímero foi o ELFA. **Resultados:** Os resultados de D-dímeros variaram de 865 a 7800ng/ml, inicialmente. Na segunda verificação houve queda do D-dímero em 100% dos paciente e 23 (37%) já tinham normalizado suas taxas (abaixo de 500ng/ml). Na terceira verificação, 59 (95%) pacientes já tinham seus resultados dentro da normalidade. Houve melhora clínica, da cintilografia pulmonar ou angioTC em todos os pacientes. **Conclusão:** Os resultados indicam que a dosagem de D-dímeros pode ser um bom marcador para certeza da dissolução do trombo.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM PNEUMOLOGIA

PO641 VALORES TEÓRICOS DAS PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR TRAUMÁTICA

S Beraldo PS, Horan TA

Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação - Sarah Centro, Brasília, DF, Brasil.

Palavras-chave: Lesão medular; Pressões respiratórias máximas; Função pulmonar

Introdução: A síndrome restritiva exibida por pacientes com lesão medular é bem conhecida. Faz parte da caracterização desses pacientes a determinação das pressões respiratórias

máximas. Quanto a esse último parâmetro inexistem estudos determinando quais seriam as variáveis preditoras de valores esperados. **Objetivos:** Avaliar as pressões respiratórias máximas em pacientes com lesão medular traumática com vistas a estabelecer equações de previsão. **Métodos:** Foram 131 pacientes, 52 tetraplégicos (39.7%); subgrupos de C3-C5 e C6-C8) e 79 paraplégicos (60.3%); subgrupos de T1-T6 e T7-L3). A maioria era composta de homens (90,69%), com idade de 30,8 ± 11,6 anos, tempo de lesão de 25,0 ± 36,8 meses, 99 (76%) dos quais com lesão motora completa. Os tabagistas (atual ou no passado) corresponderam a 42 indivíduos (32%). Foram conduzidas espirometria e medida das pressões respiratórias máximas em sessões únicas. Foram quatro tomadas para cada uma das pressões de interesse, inspiratória (PIMáx) e expiratória (PEMáx). O tempo de oclusão do sistema e o intervalo entre as medidas foi de, no mínimo, respectivamente, 1 segundo e 1 minuto. O registro da pressão foi realizado com oclusão do sistema na CPT, para PEMáx e no volume residual, para PIMáx. Além das variáveis relacionadas ao indivíduo e condições clínicas, consideramos os grupos, subgrupos e níveis motores específicos. Empregou-se análise de regressão múltipla stepwise (SPSS 13,0), cujo critério para manutenção das variáveis no modelo foi o teste F (P < 0,10) e o maior coeficiente de determinação (r²). **Resultados:** A CVF foi diferente entre os subgrupos (p < 0,001), com uma nítida tendência de incremento a partir da lesão cervical alta (49% ± 25 do previsto) até os níveis mais baixos (84% ± 15). A relação VEF1/CVF% mostrou-se normal (> 80%) em todos. As pressões respiratórias médias incrementaram da lesão cervical alta para a toracolombar baixa. Assim, a PIMáx média variou, respectivamente, de 55,7 ± 28,4 para 100,9 ± 33,5cmH2O, enquanto a PEMáx de 39,4 ± 29,4 para 102,9 ± 32,3cmH2O. As equações obtidas foram: PIMáx (cm H2O) = 20,168 - (24,514 x gênero) + (2,273 x nível da lesão) + (0,665 x peso) + (13,40 x tabagista), r² = 0,40 (limite inferior de 50cmH2O); PEMáx (cm H2O) = 6,035 + (3,642 x nível da lesão) - (20,594 x gênero) + (0,465 x peso), r² = 0,46 (limite inferior de 36cmH2O). Considerar para gênero, 0 = masculino e 1 = feminino; expressar peso em Kg; e atribuir aos níveis C1, C2, C3, ... L1, L2 e L3, respectivamente, os valores 1, 2, 3, ..., 21, 22, 23 e tabagista, 0 = nunca fumou e 1 = atual ou ex-tabagista. **Conclusão:** Além do gênero e peso, o nível da lesão é uma variável explanatória para as pressões respiratórias máximas, que não pode ser negligenciada. As equações de previsão obtidas foram baseadas numa casuística considerável em se tratando de pacientes com lesão medular traumática. A próxima etapa dessa investigação será sua validação numa população diferente.

PO642 PADRÕES BACTERIOLÓGICOS DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS NO INPA COMO PORTADORES DE TUBERCULOSE

Mattoso PP¹

1. Bolsista CNPQ/PIBIC-INPA - Laboratório de Micobacteriologia - INPA - priscilamedicina@hotmail.com

Palavras-Chave: Tuberculose; Diagnóstico; Bacteriológico

Introdução: No diagnóstico e tratamento da Tuberculose (Tb) na região Amazônica, além de outras inúmeras, acrescentam-se duas principais complicações: as diversas infecções pneumônicas produzidas por inúmeros microrganismos próprios da região e a existência de grande variedade de Micobactérias Ambientais que só se diferenciam da *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) através do isolamento "in vitro" e podem induzir exames baciloscópicos falso-positivos (Salem et al., 1989b, Salem et al., 1990). Por estes motivos, o diagnóstico definitivo da doença depende quase que exclusivamente das técnicas laboratoriais que possam confirmar o agente etiológico causal. Como serviço especializado para o diagnóstico da Tuberculose no Amazonas tem-se o laboratório de Micobacteriologia do INPA, que realiza os exames de escarro pelas técnicas de baciloscopia direta, baciloscopia após-concentração e cultivo visando o isolamento do agente etiológico. A baciloscopia após-concentração é realizada apenas no INPA (Salem et al., 1990) e o cultivo é realizado no INPA e no Laboratório Central de Saúde Pública. Por esse motivo, o INPA recebe um número expressivo de pacientes em busca de elucidação da suspeita clínica de Tb. Entretanto, quantos pacientes necessitavam serem encaminhados ao INPA para obterem seus diagnósticos? Essa resposta foi o motivo de realização do presente trabalho. **Metodologia:** Para atingir o objetivo, os dados dos exames de baciloscopia direta, baciloscopia após-concentração e cultivo dos pacientes que forneceram pelo menos duas amostras de escarro nos anos de 1995 a 2005 ao Laboratório de Micobacteriologia do INPA, foram coletados das fichas de registros de pacientes, tabulados e analisados. No período mencionado foram realizadas as análises de secreções de 1.125 pacientes. Destes, 740 (66%) não apresentaram indicativo bacilosκόpio ou de isolamento do Mtb. Apenas 123 (11%) apresentaram baciloscopia direta positiva para bacilo ácido-álcool resistente (BAAR) e 262 pacientes (23%) tiveram resultados de baciloscopia após-concentração e/ou cultivo positivos para Mtb. **Resultados:** Os 740 pacientes que não apresentaram indicativo bacilosκόpio ou de isolamento do Mtb, deveriam ser encaminhados ao INPA para elucidação de seus diagnósticos, através de técnicas mais sensíveis como a baciloscopia após-concentração, excluindo assim, a suspeita clínica de Tuberculose. Os 123 pacientes que apresentaram baciloscopia direta positiva para bacilo ácido-álcool resistente (BAAR) não deveriam ser encaminhados ao Laboratório de Micobacteriologia para esclarecimento de seus diagnósticos, pois, a rede básica de saúde realiza este exame e poderia proporcionar essa elucidação. E os 262 pacientes que tiveram resultados de baciloscopia após-concentração e/ou cultivo positivos para Mtb, certamente deveriam ter sido encaminhados ao INPA para esclarecimento de seus diagnósticos através de técnicas mais sensíveis, pois, provavelmente são pacientes paucibacilares e de difícil diagnóstico. **Conclusões:** Observando o objetivo aludido, verifica-se que a maioria dos pacientes atendidos no Laboratório de Micobacteriologia deveria realmente procurar seus serviços de baciloscopia e cultivo, a fim de obterem elucidação de seus diagnósticos de Tb, pois não lograriam êxito se utilizassem somente àqueles serviços oferecidos pela rede básica de saúde do Estado. Fica nítida a importância da agregação do serviço especializado em diagnóstico de Tb, que o Laboratório de Micobacteriologia do INPA realiza, em colaboração à rede básica de saúde. O Laboratório é um serviço de utilidade pública voltado à saúde da população amazônica, e muito mais do que isso é um veículo de ação social de extrema importân-