



---

**Perfil Epidemiológico dos Clientes Portadores de Tuberculose Multirresistente  
Acompanhados no Ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas em Recife, no Período de  
Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007**

Julius Cezar de Melo Medeiros<sup>1</sup>

Eduardo de Melo Medeiros<sup>2</sup>

Shirley Suely Soares Veras Maciel<sup>3</sup>

**Resumo**

Estudo retrospectivo do perfil epidemiológicos dos casos de Tuberculose Multirresistente (TBMR), acompanhados no ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas em Recife, entre janeiro de 2002 e janeiro de 2007. Identificou-se o atendimento de 33 pacientes com diagnóstico/hipótese diagnóstica de TBMR, diagnóstico confirmado em 100% casos, apresentando baciloscopia e cultura de escarro positivas em 100% dos casos e teste de HIV negativo em 97%. Sendo predominantes o sexo masculino, com 63,6%, e a faixa etária de 35 a 44 anos, com 45,5%. 97% dos pacientes apresentaram TBMR na forma pulmonar, onde 40% com comprometimento bilateral cavitária. Das comorbidades destacou-se o etilismo, com 27,3%. Na resistência às drogas de 1ª linha detecta 100% à Isoniazida e 96,0% à Rifampicina; e 15,2% dos casos apresentaram falência a tratamentos anteriores para TB. No tratamento da TBMR, prevaleceu o uso do esquema de 3ª linha, onde o emprego das drogas nos casos tratados eram de 100% Terizidona, de 89,7% Floxacina, de 51,7% Clofazimina e de 48,3% Amicacina; drogas de 1ª, 2ª e 3ª linha como o Etambutol incidiu em 96,6%. Apresentou alta por cura em 57,6% dos casos, 21,2% está em tratamento e 21,2% tiveram óbitos fora do tempo de tratamento. A taxa de alta por cura constituiu em 73,1%, Entre os que completaram ou ainda estão em tratamento, logo satisfatória a nível nacional. Existência de comorbidades, escolha das drogas que irão combater a

---

<sup>1</sup> . Enfermeiro Especialista em Saúde Pública pela Associação Caruaruense de Ensino Superior – ASCES. Coordenador de Epidemiologia da SMS de Caruaru-PE.

<sup>2</sup> . Especialista em Pneumologia e Saúde da Mulher. Enfermeiro do Hospital Geral Otávio de Freitas – PE.

<sup>3</sup> . Doutora em Saúde Bucal Coletiva. Professora da Associação Caruaruense de Ensino Superior – ASCES – PE.

multirresistência do microbacilo, e eficiência do acompanhamento durante e após alta do paciente são importantes fatores que influenciam no combate a TBMR.

Palavras-chave: Tuberculose resistente a múltiplas drogas. Vigilância Epidemiológica. Perfis epidemiológicos.

### **Epidemiological Profile of Customers Carriers of Tuberculosis Multi-resistant accompanied in the General Hospital Ambulatory Otávio de Freitas in Recife, in the period January 2002 to January 2007**

#### **Abstract**

Retrospective Study of the epidemiological profile of the cases of Multi-resistant Tuberculosis (MRTB), accompanied by ambulatory of the General Hospital Otávio de Freitas in Recife, between January 2002 and January 2007. It was identified the care of 33 patients with diagnostic / diagnostic hypothesis of MRTB, confirmed diagnostic in 100% cases, presenting smear positive and culture of sputum positive in 100% of cases and test HIV negative in 97%. Since the predominant male, with 63.6%, and the age group of 35 to 44 years, with 45.5%. 97% of patients had TBMR pulmonary, where 40% with compromised bilateral lungs. From co-morbidities highlighted is the alcoholism, with 27.3%. The resistance to drugs, 1<sup>st</sup> line detects 100% to Isoniazid and 96.0% to Rifampicin and 15.2% of the cases had failed previous treatments for MRTB. In the treatment of MRTB, prevailed using the scheme 3<sup>rd</sup> line, where the use of drugs in the cases treated were 100% Terizidone of 89.7% Floxacin of 51.7% Clofazimin and 48.3% of Amicacina; drugs, 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> line as Ethambutol focused on 96.6%. Presented by high cure in 57.6% of cases, 21.2% is in treatment and 21.2% had deaths out of the time of treatment. The high rate of cure was at 73.1%, among those who completed or are still in treatment, once satisfactory nationally. Existence of co-morbidities, choice of drugs that will combat Multi-resistance of micro bacillus, and efficiency of monitoring during and after high the patient are important factors that influence in combating TBMR.

Keywords: Multidrug-resistant tuberculosis. Epidemiological Surveillance. Epidemiological Profiles.

#### **INTRODUÇÃO**

A tuberculose Multirresistente (TBMR) é um dos grandes problemas de saúde pública enfrentados em países desenvolvidos e em desenvolvimento<sup>1</sup>. O crescimento de número de casos

de TBMR vem provocando preocupação em todo o mundo, e essa multirresistência vem sendo cada vez mais inflacionada por falhas dos sistemas públicos de saúde<sup>2</sup>.

A estratégia para controle da multirresistência baseia-se, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), num programa de vigilância global que requer informações tanto quantitativas como qualitativas, não só sobre os indicadores epidemiológicos mas também sobre todos os processos envolvidos na prescrição, fornecimento e administração das drogas bacilares<sup>3</sup>. No Brasil<sup>2</sup>, a TBMR se destaca não em seu número, mas no seu potencial de disseminação, pois apesar do número de casos não serem alarmantes, o número de novos casos pode ser associado a dificuldades dos sistemas públicos de saúde responsáveis por promover o controle efetivo dos novos casos de tuberculose e a prevenção da doença. Os regimes de tratamento adotados são ambulatoriais e autoadministrativos<sup>4</sup>, logo, a irregularidade e o abandono do tratamento juntamente com o uso inadequado da medicação possibilita a seleção de bacilos e assim a resistência adquirida e por conseqüência a tuberculose multirresistente<sup>5</sup>.

Segundo o banco de dados do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, o nordeste brasileiro ocupa o segundo lugar dentre as regiões do país em casos notificados<sup>6</sup>. Diante deste contexto, foi objetivo deste estudo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com TBMR acompanhados no ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas, em Recife, por ser esse um Centro de Referência em Pneumologia do estado de Pernambuco<sup>7</sup>.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo nos prontuários de todos pacientes com diagnóstico de Tuberculose Multirresistente, acompanhados no ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas em Recife, um total de 33 pacientes no período de janeiro de 2002 a janeiro de 2007.

As variáveis estudadas foram sexo, faixa etária, município de residência, local de contágio; tipos de exames utilizados no diagnóstico do caso (Baciloscopia, Cultura de Escarro e Radiografia); características da doença (forma de TBMR, apresentação radiológica, tipo de lesão; comorbidades); aspectos do tratamento (história de falência em tratamento anterior de tuberculose, tipo de multirresistência, relato de resistência a drogas antituberculosas e quais as drogas que sofreram resistência no tratamento anterior de tuberculose; relato do uso de drogas para multiresistência no tratamento de TBMR e quais de drogas que foram utilizadas no tratamento de TBMR) e desfecho dos casos (alta por cura, tratamento, óbito). Considerou-se óbito por TBMR, o óbito ocorrido quando o doente esteve hospitalizado em serviço de tisiologia em conseqüência da

TB ativa e nenhum outro co-fator foi identificado; óbito fora do tratamento quando o doente foi a óbito antes do tempo mínimo de tratamento e óbito resultante de influência de co-fatores independentes da TBMR.

Nos resultados dos testes de sensibilidade (TS), considerou-se a definição de caso adotada no Brasil, na qual se considera um caso de Tuberculose multirresistente o portador de bacilo resistente à pelo menos 3 drogas antituberculose, entre elas, a Rifampicina (RFP), a Isoniazida (INH) e uma outra droga antituberculose. Ressalta-se que no critério proposto pela OMS basta que o portador do bacilo seja resistente apenas a Rifampicina e a Isoniazida, sendo essa a definição internacionalmente aceita<sup>8</sup>. Enquanto que nos resultados das amostras de escarro positivas para *M. Tuberculosis* foi considerada TBMR primária quando se identificou o bacilo multirresistente proveniente de paciente sem história de tratamento anterior e TBMR adquirida quando se identificou o bacilo proveniente de paciente com história de tratamento anterior.

Depois de coletadas as variáveis, todo material produzido deu origem a um banco de dados que foi armazenado e trabalhado no software Microsoft Office Excel<sup>®</sup> versão 2003, para melhor apresentação tabular das freqüências absolutas e relativas.

## RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as variáveis: sexo, faixa etária, município de residência e local de contágio dos 33 casos confirmados de Tuberculose Multirresistente (TBMR) detectados no ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas (HGOF), entre janeiro de 2002 a janeiro de 2007.

Tabela 01. Distribuição de freqüência dos clientes portadores de Tuberculose Multirresistente acompanhados no Ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas em Recife, no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007, segundo sexo, faixa etária, município de residência, tipo de contágio.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	21	63,6
Feminino	12	36,4
Total	33	100,0

## Faixa Etária

15 a 24	3	9,1
25-34	6	18,2
35-44	15	45,5
45-55	7	21,2
55-64	1	3,0
Ignorado	1	3,0
Total	33	100,0

## Município de Residência

Recife	9	27,3
Cidades circunvizinhas	10	30,3
Interior de Pernambuco	10	30,3
Ignorado	4	12,1
Total	33	100,0

## Tipo de Contágio

Intra familiar	1	3,0
Extra familiar	32	97,0
Total	33	100,0

Verifica-se que a doença é mais comumente observada no sexo masculino (63,6%) e nas faixas etárias de 35 a 44 anos (45,5%) seguida de 45 a 55 anos, sendo a média dos clientes de 38 anos.

Observa-se que mais de cinquenta por cento das pessoas (57,6 %, n=19) é oriunda do próprio Recife 27,3% (n=9) -município sede do hospital - e das cidades circunvizinhas 30.3%, apesar de não ter sido informado o município de residência de 04 (12,0%) clientes portador da doença. Verifica-se ainda que 97,0% dos clientes se contagiaram fora do ambiente familiar.

Os tipos de exames utilizados para o diagnóstico de confirmação da TBMR dos clientes acompanhados no HGOF são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Exames utilizados no diagnóstico dos clientes portadores de Tuberculose Multirresistente acompanhados no Ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas em Recife, no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007.

Variáveis	n	%
Exames da Baciloscopia		
Positivo	33	100,0
Cultura de Escarro		
Positivo	33	100,0
Raio X		
Apresentado	26	78,8
Exame não apresentado	7	21,2
Total	33	100,0

De um modo geral a Baciloscopia e a Cultura de Escarro foram os exames mais registrados no diagnóstico dos clientes do ambulatório. 100% dos clientes apresentaram a tanto Baciloscopia, como a Cultura de Escarro positivas. 78,8% dos clientes apresentaram o Exame de Raio X realizado.

Os aspectos clínicos dos clientes portadores de Tuberculose Multirresistente acompanhados no Ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas em Recife, no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007. são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Aspectos Clínicos dos casos de Tuberculose Multirresistente acompanhados no Ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas em Recife, no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007.

Apresentação Radiológica		
Normal	1	3,8
Com Lesão	25	96,2
Total	26*	100,0
Tipo de Lesão		
Unilateral não cavitária	5	29,0
Unilateral cavitária	4	16,0

Bilateral não cavitária	6	24,0
Bilateral cavitária	10	40,0
Total	25**	100,0

Forma Clínica

Pulmonar	32	97,0
Extrapulmonar	1	3,0
Total	33	100,0

\* Dos 33 pacientes apenas 26 pacientes apresentaram o exame de raio X

\*\* Dos 33 pacientes, apenas 25 pacientes apresentaram lesão pulmonar.

Dos 26 clientes que apresentaram o Exame de Raio X realizado, verifica-se que 96,2% deles estavam com lesão, sendo as mais encontradas a Bilateral Cavitária, 40,0%, e a Bilateral Não Cavitária, 24,0%.

Com referência a forma clínica observa-se que dos 33 clientes a Pulmonar foi a que mais apresentada, 97,0%.

Na Tabela 4 se encontram os tipos mais freqüentes de co-morbidades relatadas nos clientes do ambulatório do HGOF no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007.

Tabela 4 – Tipos de co-morbidade nos clientes portadores de Tuberculose Multirresistente acompanhados no Ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas em Recife, no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007.

Co-morbidade Relatada	n	%
Etilismo	9	27,3
Diabetes Mellitus	2	6,1
Enfisema	1	3,0
Hanseníase	1	3,0
HIV	1	3,0
Não Relatada	19	57,6
Total	33	100,0

Verifica-se que os clientes portadores de TBMR são também etilistas (27,3%) e diabéticos (6,1%). Ressalta-se que o teste para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi realizado em todos os clientes de TBMR do ambulatório do hospital e que 97% dos casos apresentaram resultados negativos.

Na Tabela 5 se encontram demonstrados os aspectos observados referentes a falência em tratamento de TB anterior, tipos de multirresistência, Relato de Resistência a Drogas Antituberculosas Drogas Antituberculosas que sofreram Resistência, nos clientes do ambulatório do HGOF no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007.

Tabela 5 – Aspectos do Tratamento Anterior de Tuberculose dos Clientes Portadores de Tuberculose Multirresistente Acompanhados no Ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas em Recife, no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007

Variáveis	N	%
Falência em Tratamento de TB anterior		
Sim	5	15,2
Não	28	84,8
Total	33	100,0
Tipos de Multirresistência		
Primária	1	3,0
Adquirida	32	97,0
Total	33	100,0
Relato de Resistência a Drogas Antituberculosas		
Ignorado	7	21,2
Conhecido	26	78,8
Total	33	100,0
Drogas Antituberculosas que sofreram Resistência		
Isoniazida	26	100,0
Rifampicina	25	96,2

Pirazinamida	7	26,9
Etionamida	5	19,2
Etambutol	17	65,4
Estreptomicina	15	57,7

---

Dentro dos casos relatados também foi constatado que ocorreu falência de tratamento anterior para tuberculose em 15,2% dos casos analisados. A multirresistência do tipo adquirida apresentada no estudo foi de 97,0%. Em 78,8% (n=26) dos clientes foi possível conhecer a droga antituberculose resistente, sendo que 100,0% deles eram resistentes a Isoniazida e 96,2% a Rifampicina.

Na Tabela 6 se encontram demonstrados os aspectos observados durante o tratamento da TBMR, mostrando Relato de Drogas utilizadas neste tratamento e quais foram as drogas administradas no tratamento de TBMR nos clientes do ambulatório do HGOF no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007.

Tabela 6 – Aspectos do Tratamento dos Clientes Portadores de Tuberculose Multirresistente Acompanhados no Ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas em Recife, no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007

---

Relato de Drogas utilizadas no tratamento de TBMR

Relatada	29	87,9
Não relatada	4	12,1
Total	33	100,0

Drogas usadas no tratamento da TBMR

Terizidona	29	100,0
Etambutol	28	96,6
Ofloxacina	26	89,7
Clofazimina	15	51,7
Aminacina	14	48,3
Pirazinamida	3	10,3
Rifampicina	3	10,3
Estreptomicina	2	6,9

Isoniazida	2	6,9
Etionamida	1	3,4

Verifica-se que em 87,9,0% (n=29) dos clientes que se estão sendo acompanhados no ambulatório do hospital foi possível se relatar a droga que está sendo utilizada no tratamento de TBMR. E dentre as drogas que estão sendo utilizadas para combater a multirresistências, a terizidona foi utilizada em 100,0% dos casos, seguidas pelo Etambutol 96,6%, a Ofloxacin 89,7%, a Clofazina 51,7% e a Aminicacina 48,3% dos casos, sendo elas em sua maioria drogas de terceira linha.

A evolução dos clientes portadores de TBMR atendidos do ambulatório do HGOF no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007. é demonstrada na Tabela 7, relatando freqüências referentes a alta por cura, pacientes ainda em tratamento e óbitos

Tabela 7 – Evolução dos clientes portadores de Tuberculose Multirresistente acompanhados no Ambulatório do Hospital Geral Otávio de Freitas em Recife segundo o ano de diagnóstico, no período de Janeiro de 2002 a Janeiro de 2007.

Ano	Casos		Alta por Cura		Em tratamento		Óbito*	
	N	%	n	%	n	%	n	%
2002	2	6,1	2	6,1	-	-	-	-
2003	5	15,1	3	9,1	-	-	2	6,1
2004	15	45,5	10	30,3	2	6,1	3	9,1
2005	6	18,2	4	12,1	1	3,0	1	3,0
2006	4	12,1	-	-	3	9,1	1	3,0
2007**	1	3,0	-	-	1	3,0	-	-
Total	33	100,0	19	57,6,0	7	21,2	7	21,2

\*Com tempo insuficiente de tratamento/fora do tratamento

\*\* Somente dados referentes ao mês de janeiro de 2007.

Entre todos os 33 clientes atendidos de janeiro de 2002 a janeiro de 2007, verifica-se que a maior incidência de clientes portadores de TBMR admitidos no ambulatório do HGOF foi no ano de 2004 , 45,5%(n=15), e a menor foi no ano de 2007, 3,0% (n=1), lembrando entretanto que a

pesquisa só englobava desse ano os dados referentes ao mês de Janeiro. Portanto, o ano de 2002 foi, dos anos onde se contabilizou os 12 meses, que teve o menor numero de casos 6,1% (n=2).

Ressalta-se que a maior parte dos clientes, 57,6% (n=19), recebeu alta por cura, entretanto 21,2% (n=7) ainda se encontram em tratamento.

## DISCUSSÃO

No presente estudo se observou que a TBMR ocorreu mais freqüentemente no sexo masculino e em pessoas na faixa etária entre 35 e 44 anos de idade, o que vem corroborar com os achados verificados para o nordeste brasileiro apresentados pelo banco de dados do centro de Referência Professor Hélio Fraga/SVS/MS, no período de março de 2000 a julho de 2005, que mostra a incidência predominante do sexo masculino em 65,3%<sup>6</sup> e a idade média de 38 anos. Provavelmente, esse maior percentual da clientela masculina pode ocorrer em virtude de uma maior possibilidade de exposição dos homens ao bacilo e como também as próprias condições de trabalhos vividas por eles que contribuem para que esses não se engajem adequadamente ao ritmo de tratamento.

A forma clínica de tuberculose verificada na maioria dos casos foi a pulmonar conforme é relatado na literatura<sup>9</sup>, todavia, registra-se um percentual mais alto do que se relata ao afirmar que a incidência da tuberculose do tipo pulmonar pode chegar a 85,6%. Essa predominância da tuberculose pulmonar sobre a extrapulmonar pode ser justificada devido à maioria dos bacilos serem absorvidos pelos pulmões ao serem aspirados com o ar e se alojarem nos pulmões ou nos gânglios linfáticos brônquicos, deixando suas marcas nas cavidades pulmonares e se proliferando de forma significativa<sup>10</sup>.

De um modo geral a Baciloscopia e a Cultura de Escarro foram os exames mais registrados no diagnóstico dos clientes do ambulatório. 100% dos clientes apresentaram a tanto Baciloscopia, como a Cultura de Escarro positivas.

Quanto à apresentação radiológica se constatou que a maioria dos casos apresentou lesões pulmonares sendo predominante a lesão do tipo bilateral cavitária, concordando com estudos que apontam até 80% dos casos de TBMR com lesões pulmonares do tipo bilateral cavitária<sup>11</sup>. Todavia, ressalta-se que existem dúvidas entre os profissionais da área sobre se cavidades pulmonares e o aumento do número de lesões mais extensas e de maior grau de gravidade seriam causa ou conseqüência de TBMR, entretanto é possível que sejam tanto causa como conseqüência. Causa, pois as lesões cavitárias alojam maiores populações bacilares, o que permite maior probabilidade

de existência de mutantes resistentes, favorecida pela alta oxigenação e proteção dos bacilos pelas espessas paredes dentro das cavidades que impedem a presença das drogas em concentrações inibitórias adequadas<sup>12</sup>, conseqüência, porque a TBMR leva a um estado de doença ativa mais prolongada, levando a destruição pulmonar. Logo, ao que faz refletir sobre a possível evolução das lesões como causa e/ou conseqüência da multirresistência adquirida.

Porém, chama-se a atenção de que as formas menos graves podem evoluir para aparecimento e aumento de cavidades em conseqüência do uso inadequado da medicação. A multirresistência do tipo adquirida apresentada no estudo foi bastante semelhante (97,0%) a apresentada pelo banco de dados do Centro de Referência Professor Hélio Fraga (97,5%), podendo essa taxa está relacionada à não aderência terapêutica antibacilar adequada e responsável, com a possibilidade de múltiplos tratamentos irregulares e incompletos<sup>3</sup>.

Dentro dos casos relatados também foi constatada quase que o dobro da ocorrência de falência de tratamento anterior para tuberculose nos casos analisados, quando comparados aos dados de todo o Brasil, onde os casos de tuberculose multirresistente tiveram uma média de 2,8 de falência para tratamentos prévios para tuberculose<sup>6,13</sup>, aumento esse que pode ser decorrente de que apenas 27,3% dos casos estudados residirem no Recife, enquanto uma boa parte reside em cidades do interior do estado de Pernambuco, o que pode dificultar um acompanhamento mais eficaz dos tratamentos auto administrados devido às dificuldades enfrentadas pelos clientes e da equipe de acompanhamento ao longo do tratamento.

Há relatos na literatura<sup>5,14,15,16</sup> que indivíduos imunodeprimidos, tanto por desnutrição quanto devido à doença específica ao sistema imunológico, podem desenvolver tuberculose e possibilitar o aumento da multirresistência do bacilo. E dentre essas doenças imunodepressivas se encontram o etilismo, Aids, silicose, diabetes, câncer, entre outras, todavia, nos clientes de TBMR estudados, só não foram observadas dentre as comorbidades citadas anteriormente, o câncer e a silicose.

Não se pode deixar de lembrar também, que a presença de comorbidades associadas, como o etilismo, a diabetes mellitus, enfisema pulmonares, hanseníase e até da Aids, pode ter comprometido os casos de alguns pacientes, deixando-os mais vulneráveis a ação da multirresistência ao bacilo tuberculoso.

Em contra partida o percentual de alta por cura está dentro do padrão nacional<sup>6,18</sup>, sendo apenas inferior ao da Região Norte, que em estudo recente<sup>17</sup> surpreendeu com um percentual de 80% de alta por cura. Ressalta-se, entretanto, que medidas estão sendo tomadas para melhorar os

atendimentos e acompanhamentos dos pacientes no HGOF, o que futuramente poderá se refletir numa melhoria dos resultados apresentados até agora.

Referente à medicação administrada nos pacientes, se pode constatar que a maioria dos pacientes apresentavam resistência a drogas de 1ª linha, como a isoniazida e pirazimida, sendo necessário o emprego eficaz de drogas de 3ª linha, como a terizidona, bem como, o uso concomitante de drogas usadas na em 1ª linha que é o caso do etambutol. Entretanto não se pode concluir a eficiência das drogas utilizadas nesses pacientes para o combate a TBMR, pois 21,2% dos pacientes ainda se encontram em tratamento, o que deixa isso em aberto para futuros estudos.

O tipo de tratamento administrado no HGOF é o mesmo esquema utilizado pelo Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB)<sup>17</sup>, ou seja, um regime de terapia supervisionada durante o tratamento de 18 meses e após obter alta satisfatória são mantidos em acompanhamento quadrimestral por um período de 3 anos. Acredita-se que o fator fundamental na melhoria dos resultados do tratamento está intrinsecamente relacionado com o amadurecimento na abordagem dos doentes e com o manuseio das drogas, e com a criação e ativação eficiente de centros de referência regionalizados e unidades terciárias<sup>4</sup>.

Apesar de haver diferenças quanto aos critérios de definição do portador de TBMR utilizados pela OMS e o adotado no Brasil, os achados do presente estudo não foram conclusivos sobre a eficiência das drogas utilizadas na TBMR, uma vez que 21,2% dos casos encontram-se ainda em tratamento.

A situação dos casos de TBMR notificados no nordeste brasileiro tem registrado um número de casos de cura de 52,4%, logo a taxa de casos de cura do estudo de 56,7% encontrada neste estudo, corrobora com os dados da literatura<sup>6</sup>, e com relação à efetividade do tratamento de casos de TBMR notificados em todo Brasil<sup>18</sup> a taxa de casos de TBMR com resultado favorável, de alta por cura é de 55%, entretanto, existem dados<sup>17</sup>, que relatam que o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), centro de referencia da região Norte, alcançou um índice de 80% de cura. Ressalta-se ainda que se forem apenas considerados os clientes que completaram ou estão completando o tratamento a taxa de alta e cura dos pacientes deste estudo passa a ser de 73,1%.

## CONCLUSÕES

Conclui-se que a prevalência de TBMR dos clientes acompanhados no HGOF, no período de janeiro de 2002 a janeiro de 2007 se encontra semelhante a da apresentada pela literatura para o nordeste brasileiro, e que os perfis epidemiológicos e clínicos dos clientes não diferem dos encontrados em outros estudos brasileiros<sup>6</sup>, onde observa que as pessoas mais atingidas são as do sexo masculino, as de faixas etárias produtivas; que tiveram como local de contágio o extrafamiliar, sendo esses clientes na sua maioria residentes da cidade do Recife e de cidades circunvizinhas.

A presença de comorbidades associadas, mesmo não confirmando como predetivas num comprometimento negativo para a TBMR, elas devem ser consideradas como alvos de intervenção para o combate de surgimentos de novos casos de TBMR e como agravos sensíveis às ações do serviço de saúde.

O controle da TBMR está consideravelmente relacionada a detecção e a cura de novos casos, então é de crucial necessidade a implementação de estratégias que acompanhe de maneira mais eficiente o progresso da terapia, ação de suma importância para o combate da TBMR.

Destaca-se que no HGOF, a proporção de pacientes com TBMR adquirida se encontra elevada como a verificada em nível nacional<sup>3</sup>, o que poderia estar relacionada à existência de múltiplos tratamentos anteriores irregulares e incompletos, tendo em vista que a ocorrência de falência de tratamentos anterior para tuberculose correspondeu ao dobro do que tem sido verificado em todo o Brasil<sup>13</sup>. O que leva a pensar que essa taxa alta de TBMR adquirida pode também ser decorrente de uma fragilidade da rede de serviços de saúde em garantir o tratamento eficaz de cura dos pacientes na comunidade.

Logo, orientando-se pelo objetivo das ações de promoção e vigilância em saúde, este perfil dos casos enfatiza a necessidade de busca, diagnóstico e realização de teste de sensibilidade a drogas para identificar precocemente a resistência bacilar primária e dessa forma implementar uma melhor estratégia de supervisão dos tratamentos para todos os casos de tuberculose, entendendo serem essas ações efetivas para o controle da tuberculose multirresistente.

Sobre o ponto de vista da biossegurança, o investimento em ações para o diagnóstico precoce dos casos de TBMR e conseqüentemente o seu efetivo tratamento é de interesse de todos os profissionais de saúde envolvidos, em especial os que trabalham junto aos centros de referência responsáveis nesta área de saúde pública.

Alerta-se que caso não se busque uma maior atenção ao atendimento e adesão do paciente ao tratamento, objetivando acompanhamento mais eficaz, como também a implantação de diagnósticos precoces e de inovações terapêuticas/profilática, seremos forçados a conviver

com um crescente aumento da TBMR em nosso país. Não somente a eficiência da quimioterapia se faz necessário nesse combate, mas é imprescindível a conscientização da prática de prevenção, tratamento e acompanhamentos eficazes e responsáveis.

## AGRADECIMENTOS

O autor agradece ao Dr. José Arruda de Queiroga, a Dr<sup>a</sup> Roseclair da Mota Leite e o Dr. Eduardo de Melo Medeiros, pela orientação no projeto de pesquisa assim como noutras fases do estudo. Agradece ainda a assistente administrativa Ester Pereira da Silva pelo auxílio junto aos prontuários e demais informações referentes aos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- 1 - ROSEMBERG, José; TARANTINO, Affonso B.. Tuberculose. In TARANTINO, Affonso Berardinelli: *Doenças Pulmonares*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Capítulo 17, - 2002. Págs. 294-380.
- 2 -BRAGA JU, Barreto AMW, Hijjar MA. Inquérito Epidemiológico da Resistência às Drogas Usadas no Tratamento da Tuberculose no Brasil 1995-97, IERDTB. Parte III – Principais Resultados. *Bol Pneumol Sanit* 2003; 11(1): 76-81.
- 3 - GOMES, Carlos. Tuberculose Multirresistente: A Experiência da Unidade de Tuberculose do Hospital de Pulido Valente. *Revista Portuguesa de Pneumologia*; Vol. VI, nº 06; Novembro-Dezembro/2000
- 4 - MELO, Fernando A F de M; SEISCENTO, Márcia; NETO, Jorge I; NORONHA, Ana M L; e CRUZ, Maria L. A tuberculose Multirresistente no Brasil. *Pneumologia: Atualização e Reciclagem*, Editora Atheneu, 2<sup>a</sup> ed., - 1998. Págs. 239-243.
- 5 - BARROSO, Elizabeth Clara *et al*. Fatores de Risco para Tuberculose Multirresistente Adquirida. *Jornal de Pneumologia*. Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Volume 29, número 2. Março/Abril de 2003. Págs. 89-97.
- 6 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia do Programa de Vigilância Epidemiológica da Tuberculose Multirresistente . Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.
- 7 - LUNDGREN, F. L. C.. Projeto de Residência Médica do H.G.O.F. Pernambuco, 1998. Págs. 2-6
- 8 - BRASIL, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. SBPT. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. *J Bras Pneumol* 2004; 30(S1): S2-S56.

- 9 - HIJJAR, Miguel A. e MELO, Fernando A.F. de. Epidemiologia da Tuberculose no Brasil. In: VERONESI, Ricardo e FOCACIA, Roberto; Tratado de Infectologia – São Paulo: Ateneu, 2ª ed.. Vol. I, Cap. 74 - 2002. Págs. 960-964.
- 10 - SIQUEIRA, Hélio R. De e RAFFUL, Munir. Tuberculose Pulmonar. In: SILVEIRA, Ismar C. *O Pulmão Na Prática Médica, Sintoma, Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro – R. J.: Editora EPUB; 4ª Edição. – 2000. Págs. 331-352.
- 11 - SEISCENTO M., FIÚZA de Melo F A, IDE Neto J, NORONHA A M L, AFIUNE J B, INOMATA T Cruz M L. Tuberculose Multirresistente (TBMR): Aspectos gerais e resultados do tratamento num serviço de referência em São Paulo, 1997.
- 12 - CANETI G. Preset aspects of bacterial resistance in tuberculosis Am Rev Respir Dis 1965;92:687-703
- 13 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 14 - BETHLEM, Newton *et al.* Tuberculose. In BETHLEM, N; *Pneumologia*. 4ª ed. São Paulo, Ed. Atheneu, 2002. Págs. 379-448.
- 15 - BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. (SBPT) Controle da Tuberculose: Uma Proposta de Integração Ensino/Serviço. 5ª ed. Rio de Janeiro. FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002. 236p.
- 16 - SMELTEZER, S.C.; BARE, B.G. Cuidados aos Pacientes com Condições no Tórax e Trato Respiratório Inferior Asma. In: BRUNNER, Lílian & SUDDARTH, Dóris: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 9ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Vol. 01 Cap. 24 - 2002
- 17 – VILLANOVA, Roberto. Universidade Federal do Pará: HUIBB – Alcança 80% de Cura dos Casos de Tuberculose Multirresistente. IN: [http://www.ufpa.br/portalufpa/impresa/](http://www.ufpa.br/portalufpa/imprensa/) noticia.php?cod 1277. pág 01. Acessado em 19/8/2007.
- 18 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia do Programa de Vigilância Epidemiológica da Tuberculose Multirresistente. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2006.