

Comparação dos modelos quimioterápicos no tempo de tratamento da TB por meio da baciloscopia

Andréa Rezende LEITE¹, Sandra Irene Sprogis SANTOS¹, Dirce Aparecida FEITOZA¹, Silvia Regina Molica ASSIS¹, Joyce Suellen Coelho PIRES*, Aline da Silva COSTA*, Leonel FAVARO¹

¹Instituto Adolfo Lutz, Centro de Laboratório Regional - Taubaté

*Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) - Taubaté

A tuberculose (TB), flagelo que há milênios assola a humanidade, permanece como importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo¹. O aumento da incidência da TB está relacionado a diversas causas, entre elas: pobreza e desigualdade social; negligência e/ou inadequação do diagnóstico e tratamento dos casos novos; pouca informação sobre a doença; variações demográficas; impacto da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Falhas no controle global da TB com programas pouco efetivos têm contribuído para mortalidade e multidroga resistência². A existência de casos de Tuberculose Extremamente Resistente (TB-XDR) reflete as fragilidades da gestão em tuberculose, onde o diagnóstico e tratamento correto dos casos de TB é fundamental para prevenir o aparecimento de droga resistência. A ameaça global de TB-XDR, resistente a rifampicina, isoniazida, fluoroquinolona e mais uma das três drogas injetáveis de segunda-linha (amicacina, kanamicina e capreomicina), tem sido de grande importância^{3,4}.

O aparecimento mundial de TB-XDR é um problema sério de saúde, sendo que, o quarto relatório

global em droga resistência da OMS mostrou que mais de 45 países já informaram casos de XDR. Deste modo, a incidência atual poderia ser subestimada, porque o Teste de Sensibilidade a Drogas (DST) de segunda-linha não está disponível em muitos países⁴.

Este estudo teve como proposta analisar os modelos quimioterápicos no tempo de tratamento da TB. Para tanto, avaliou-se os resultados de baciloscopias de escarro dos pacientes com diagnósticos positivos e submetidos ao modelo quimioterápico de rotina a partir de 01 de janeiro de 2009, e cujos resultados negativaram até 31 de julho de 2009. Comparou-se estes resultados com os de pacientes que foram diagnosticados a partir de 01 de janeiro de 2010 e cujos resultados estavam negativos até 31 de julho de 2010, conforme o novo modelo de tratamento instituído pelo MS, cujo esquema básico nos dois primeiros meses é composto pela administração do Coxcip, ou seja, quatro comprimidos contendo em dose fixa combinada rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol e, nos quatro últimos meses, pela administração de rifampicina e isoniazida (cápsulas contendo 300 mg de rifampicina e 200 mg de isoniazida)⁵.

No presente estudo, verificou-se que a frequência do tempo de negatividade dos exames de baciloscopia nos 30 primeiros dias, no ano de 2009, foi de 70,9%, enquanto que, em 2010, no mesmo período, os resultados negativos constituíram 42,8% dos casos, como demonstrado na Figura 1.

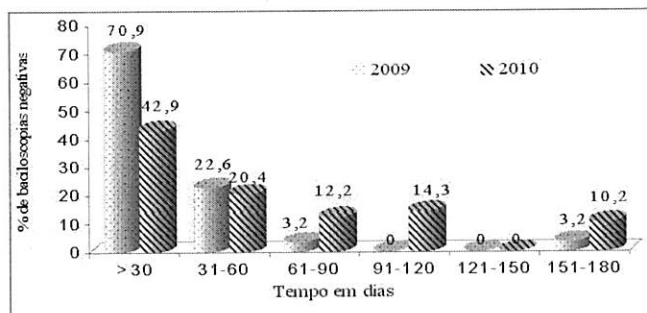


Figura 1. Distribuição da frequência no tempo de negatividade da baciloscopia

Em relação a faixa etária no período estudado observou-se que os casos de TB situaram-se, em mais de 50%, entre os indivíduos de 20 a 30 anos (Figura 2).

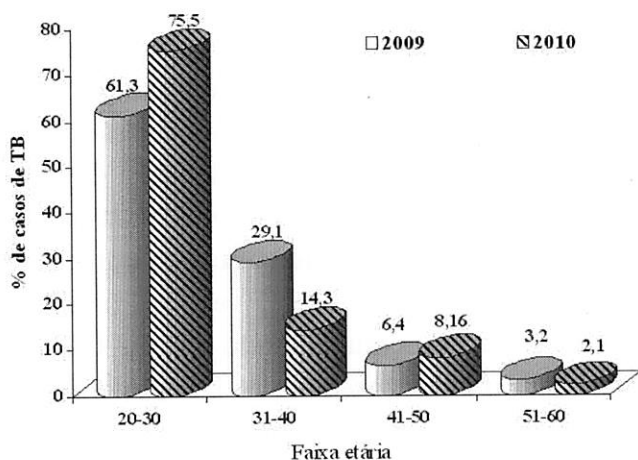


Figura 2. Distribuição da frequência de casos de TB analisados por faixa etária

Segundo a Divisão de Tuberculose da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a mudança no modelo de tratamento se justifica pela constatação do aumento da resistência primária à isoniazida (de 4,4% para 6,0%) e à isoniazida associada à rifampicina (de 1,1% para 1,4%). Entretanto, outro desafio importante refere-se aos fármacos, pois, provavelmente não identificarão

novas drogas contra a tuberculose nos próximos dez anos, portanto, a necessidade premente de “proteger” a rifampicina e a isoniazida da resistência⁵. Neste aspecto, o presente estudo demonstrou que a resposta ao tratamento quimioterápico evidenciou monorresistência em 6,5% dos casos à estreptomicina em 2009, e, em 2010, a resistência isolada à isoniazida foi de 4,1%. Em relação a frequência de polirresistência houve similaridade nos dois períodos, ou seja, em 2009, a associação entre isoniazida e rifampicina mostrou-se resistente em 3,2% dos casos, e, em 2010, a associação entre isoniazida, rifampicina e pirazinamida manteve-se em 2,0%.

Ressalta-se que a associação medicamentosa adequada, a dosagem correta, seu uso por tempo suficiente e a adesão ao tratamento são os meios para evitar o desenvolvimento de resistência às drogas anti-TB. Sendo assim, infere-se que estudos mais aprofundados acerca do assunto deverão dar ênfase aos princípios ativos dos fármacos atualmente empregados no Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

REFERENCIAS

1. Rocha AL, Maximiano Junior J, Gonçalves SM, Ferreira LH, Oliveira MJPR, Hajar MA et al. Implantação de modelo de excelência no controle da tuberculose na área programática 4, município do Rio de Janeiro - relato de um começo promissor. *Bol Pneumol Sanit.* 2000; 8 (1): 33-40.
2. Rodrigues ILA, Monteiro LL, Pacheco RHB, Silva ED. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Rev Esc Enferm.* 2010; 44 (2): 383-7.
3. Araújo-Filho JA, Vasconcelos Jr AC, Sousa EM, Silveira C, Ribeiro E, Kipnis A et al. Extensively drug-resistant tuberculosis: a case report and literature review. *Braz j infec. dis.* 2008; 12 (5): 447-452.
4. Hillemann D, Rüscher-Gerdes S, Richter E. Feasibility of the GenoType MTBDRsl assay for fluoroquinolone, amikacin-capreomycin, and ethambutol resistance testing of Mycobacterium tuberculosis strains and clinical specimens. *J Clin Microbiol.* 2009; 47 (6): 1767-1772.
5. Divisão de Tuberculose. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44 (1): 197-92.