recentes levantamentos de resistência micobacteriana indicam uma crescente resistência isolada da R e do E e, consequentemente menor proteção conferida pelos medicamentos tradicionais, entre eles a S e a H; 4. O alto custo do tratamento alternativo para pacientes com TBMR e a atual experiência brasileira com o uso de uma fluoroquinolona (OFLX) revelando o alto poder bactericida e esterilizante destes fármacos, conhecimento que não se tinha até a elaboração deste esquema.

Desenho - Ensaio clínico controlado randomizado multicêntrico, com dois grupos:

Grupo 1 - Esquema 3 ora vigente, diário, por 12 meses Grupo 2 - Esquema com SM, EMB, PZA E OFLOXACINO 600 mg/dia. Ambos em modalidade diária de tomadas, por 12 meses, obedecendo à lógica de que qualquer esquema sem Rifampicina, deva ser prolongado para doze meses.

Objetivos – Avaliar a efetividade da inclusão de uma fluoroquinolona no esquema de reserva em comparação com o esquema ora adotado no Brasil para retratamento na falência aos esquemas RHZ / RHZE.

Tamanho da amostra - deverá se basear no impacto esperado sobre a efetividade ora observada, de 60-65% (ex: esperado 80% de efetividade = +/- 300 pacientes).

## Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde/CNPS. Plano Nacional de Controle da Tuberculose/Manual de normas, 5º Ed., Brasilia, MS 2001.

Comissão de terceira linha do Hospital Sanatório Parthenon. Eficácia terapêutica do esquema de terceira linha ofloxacinaamicacina-tiacetazona-hidrazida para tuberculose multirresistente. J Pneumo 21:225-231, 1995.

Dalcolmo MP, Fortes A, Fiuza de Melo FA, Motta R, Ide Neto J, Cardoso N, Andrade M, Barreto AW, Gerhardt G. Estudo de efetividade de esquemas alternativos para o tratamento da tuberculose multirresistente no Brasil. J Pneumo 1999;25:63

Finza de Melo FA, De Felice EAA, Spada DTA, Afiune JB, Castelo A. Resistência primária do M. tuberculosis em uma referência na cidade de São Paulo. Evolução por quatro décadas. J Pneumo 2000:26 (Supl.3):S130.

Seiscento M, Fiuza de Melo FA, Ide Neto J, Noronha AML, Afiune JB, Inomata T, Cruz ML. Tuberculose multirresistente (TBMR): aspectos clínico-laboratoriais, epidemiológicos e terapêuticos. J Pneumo 1997;23:237-244.

## ANÁLISE DA TENDÊNCIA DA LETALIDADE E DA MORTALIDADE POR TUBERCULOSE NO BRASIL

1980 A 1998.

Maria José Procópio Ribeiro de Oliveira<sup>1</sup>, Sonia Natal<sup>1</sup> e Miguel Atub Hijjar<sup>1</sup>

**Keywords**: tuberculosis; fatality; epidemiology

O objetivo deste estudo é analisar, a partir de dados secundários, a tendência da incidência (I), letalidade (L) e mortalidade (M) por tuberculose no Brasil, por região e estados, no período de 1980 a 1998. Foi utilizado o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), para base de análise.

Na tabela 1 estão apresentados as médias e os Intervalos de Confiança a 95% (IC<sub>1956</sub>) da incidência, letalidade e mortalidade por tuberculose, Brasil e Regiões Fisiográficas. A incidência apresentou uma redução estatística significativa para período, tanto para o Brasil, como para as demais regiões, exceção da região Sudeste, onde a redução não foi estatisticamente significativa. Para a letalidade, verificamos uma tendência inalterada, para o Brasil e para as regiões Sudeste e Centro-Oeste, para as regiões Norte e Nordeste, a redução foi estatisticamente significativa; apenas a região Sul apresentou um pequeno incremento, mas sem significância estatística. Quanto à mortalidade específica, verificou-se uma redução significativa, para o Brasil e para todas as regiões.

Tabela 1: Média e IC (95%) da Incidência, Letalidade e Mortalidade da Tuberculose no Brasil e nas regiões Fisiográficas, 1980-1998.

Kegilo	Incidência média	IC (19%)	Letalidade	IC (es)	Mortalidade	IC (ess.)
Brasil	59,21	55,8 - 62,6	6,5	6,1-6,8	3,8	3,54,2
Norte	75,11	69,3-80,9	4,9	4,5-5,4	3,9	3,44,4
Nordeste	65,16	61,4-68,9	5,6	5,2-6,0	3,6	3,24,1
Sudeste	60,0	55,1-64,9	8,4	7,4-9,4	5,0	4,7-5,3
Sul	42,84	39,646,1	7	6,6-7,5	3,2	3,0-3,4
Centro-Oeste	45,11	41,948,3	5,2	4,7-5,7	2,4	2,0-2,7

Centro de Referência Prof. Hélio Fraga/FUNASA/MS;
Instituto Clemente Ferreira - SES/SÃO PAULO. mdalcolmo@openlink.com.br

Na tabela 2 estão apresentados os resultados da regressão linear, de mortes por tuberculose, por grupos etários, da região Sudeste. Observa-se uma tendência de redução até os 20 anos, para o grupo de idade de 30 a 49 anos a tendência foi de incremento, como nos de idade maiores de 79 anos.

Tabela 2: Número de óbitos por tuberculose, região Sudeste, por grupo etário, 1980-1998.

Grapo Idade	Número de mortes no período	Redução (-) ou lacremento (+)	p valor
Menor I ano	1050	-80	< 0,05
l a 4 anos	928	-85	< 0,05
5 a 9 anos	236	-75	< 0,05
10 a 14 anos	285	-35	< 0,05
15 a 19 anos	900	-21	< 0,05
20 a 29 anos	5615	-3	> 0,05
30 a 39 anos	10907	+9	> 0,05
40 a 49 anos	12388	+1	> 0,05
50 a 59 anos	11148	-3	>0,05
60 a 69 anos	8080	-3	>0,05
70 a 79 anos	5389	-0,2	> 0,05
80 anos e mais	2073	+24	< 0,05
Idade Ignorada	968	+47	< 0,05

Conclusão: Historicamente, existem restrições quanto à fonte utilizada, pois as mesmas estão sujeitas aos erros das declarações de óbitos, principalmente aos erros de diagnóstico, mas podemos salientar que neste período não houve nenhuma mudança de importância nos registros de mortes, podendo presumir que os erros existentes estarão sempre em uma mesma direção. Observamos tendência de redução da incidência e da mortalidade porém verificou-se pouco impacto na letalidade da tuberculose. Destaca-se a tendência de aumento do número de mortes por tuberculose nos grupos de idade de 30 a 49 anos. Apesar deste dado preliminar das mortes por grupo etário não terem sido ainda analisados em relação à incidência da tuberculose e da população geral, por grupo etário, a região Sudeste é que apresentou uma menor redução da mortalidade específica e da incidência não foi estatisticamente significativa. Os resultados mais favoráveis da região norte e nordeste podem estar ligados a sub-notificação, segundo a avaliação do CENEPI / FUNASA, são as regiões com os maiores problemas de informação.

Estes dados falam a favor da redução da efetividade do PCT no Brasil, principalmente após a década de 90, quando também verificou-se o aumento da miséria e do desemprego. O aumento da mortalidade por tuberculose, no grupo etário de 30 a 49 anos, pode estar relacionado com a co-infecção Tb - HIV, e nos grupos etários acima de 80 anos com doenças crônico-degenerativas associadas a estes grupos de idade

Centro de Referência Prof. Hélio Fraga/CENEPI/FUNASA/MS

## RESULTADOS DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA ÁREA DE ATUAÇÃO DE VILA ROSÁRIO, DUQUE DE CAXIAS, RJ

Germano Gerhardt, Gilmário M. Teixeira 2 e Lynd S. Diniz 3

**Keywords:** tuberculosis treatment.

Resultados do tratamento de 140 pacientes com tuberculose tratados em condições de rotina e com acompanhamento de agentes comunitários de saúde. A informação diz respeito ao universo de casos de tuberculose registrados entre 01/01/2000 e 31/05/2001, na Área de Atuação de Vila Rosário, Duque de Caxias, RJ. Houve predominância de pessoas do sexo masculino (65%) e na faixa de 20 a 49 anos (68%). A maioria dos casos foi descoberta pelo Programa (73%). Ocorreram 110 casos novos (78,6%) e 30 de retratamento (21,4%).

Entre os 110 casos novos, 103 (93,6%) eram de localização pulmonar, sendo 78 (75,7%) positivos à baciloscopia. Os casos novos foram tratados com o esquema padrão brasileiro – 2RHZ/4RH – em regime auto-administrado. Os resultados obtidos nessa coorte de todas as formas de tuberculose mostram: favoráveis 77,3%; abandono 12,7%, sendo que a maioria ocorreu após o segundo mês - 10 em 14 abandonos; letalidade elevada - 8,2%.- devida a 5 casos de associação com HIV, 1 com adenocarcinoma e 1 com mielite transversa e, somente em 2, a tuberculose não estava associada a outra patologia.No Grupo de TBP+, das 61 altas com resultado favorável, em 48 (79%) foi efetuada a baciloscopia ao término do tratamento. (Tab.1)