

Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro*

Tuberculosis and gender in a priority city in the state of Rio de Janeiro, Brazil

Márcia Teresa Carreira Teixeira Belo, Ronir Ragio Luiz, Christy Hanson, Lia Selig, Eleny Guimarães Teixeira, Thiago Chalfoun, Anete Trajman

Resumo

O objetivo deste estudo foi comparar diferenças entre os gêneros nos pacientes com tuberculose em uma cidade com alta incidência da doença. Este foi um estudo transversal com base em questionário envolvendo 560 pacientes com tuberculose (373 homens e 187 mulheres). Características sociodemográficas e clínicas, assim como critérios diagnósticos e desfecho do tratamento, foram coletados dos questionários e fichas médicas e posteriormente comparados entre os gêneros. A mediana do tempo do surgimento de sintomas até o diagnóstico foi de 90 dias. Não foram encontradas diferenças entre os gêneros relativas à apresentação clínica, critério diagnóstico, abandono prévio de tratamento, tempo do surgimento de sintomas, número de consultas antes do diagnóstico ou desfecho do tratamento. A abordagem diferenciada para os gêneros não é uma prioridade no Brasil. A demora no diagnóstico, no entanto, é um problema maior a despeito do gênero.

Descritores: Tuberculose; Pobreza; Renda.

Abstract

The objective of this study was to compare gender differences among tuberculosis patients in a city with a high incidence of tuberculosis. This was a cross-sectional questionnaire-based study involving 560 tuberculosis patients (373 males and 187 females). Sociodemographic and clinical data, as well as data related to diagnostic criteria and treatment outcome, were collected (from the questionnaires and medical records) and subsequently compared between the genders. The median time from symptom onset to diagnosis was 90 days. There were no differences between the genders regarding the clinical presentation, diagnostic criteria, previous noncompliance with treatment, time from symptom onset, number of medical appointments prior to diagnosis, or treatment outcome. Gender-specific approaches are not a priority in Brazil. However, regardless of patient gender, the delay in diagnosis is a major concern.

Keywords: Poverty; Tuberculosis; Income.

As diferenças de gênero na incidência, apresentação clínica, desfecho e patogênese de certas doenças, incluindo as doenças pulmonares, são relatadas mundialmente.⁽¹⁾ Na Tailândia, embora a prevalência da malária fosse a mesma nos dois gêneros, mais homens que mulheres procuram tratamento em clínicas contra malária.⁽²⁾ Um estudo realizado em Porto Rico e na cidade de Nova Iorque avaliou a utilização de serviços de saúde e de tratamento para usuários de drogas. Nos dois locais, as mulheres menos frequentemente procuraram tais serviços e tratamentos do que os homens.⁽³⁾

No mundo, a tuberculose é mais prevalente em homens que em mulheres e é uma das principais causas de morte entre adultos, correspondendo a 2,8% de todas as causas de morte em 2002. A incidência da tuberculose está aumentando especialmente em países pobres e entre grupos desfavorecidos dentro dos países.⁽⁴⁾ As diferenças de gênero podem ser causadas por fatores econômicos, culturais e sociais relacionados à exposição. Em muitas sociedades, os homens são os únicos provedores na família, o que poderia resultar em uma maior exposição ao *Mycobacterium tuberculosis* fora

* Trabalho realizado no Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias, Duque de Caxias (RJ) Brasil.

Endereço para correspondência: Márcia Teresa Carreira Teixeira Belo. Rua Fonte da Saudade, 132/503, Lagoa, CEP 22471-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Tel 55 21 2226-0150. Fax 55 21 2532-1661. E-mail: mtbelo@uol.com.br

Apoio financeiro: Este estudo recebeu apoio financeiro do *World Bank, Reaching the Poor Program* e do *International Clinical Operational and Health Services Research and Training Award*, ICOHRTA AIDS/TB processo nº 5 U2R TW006883-02.

Recebido para publicação em 7/2/2010. Aprovado, após revisão, em 17/5/2010.

de casa. Os homens também parecem ser mais bem informados sobre a doença.⁽⁵⁾ Entretanto, evidências sugerem que as mulheres são mais suscetíveis à progressão da doença, da infecção para a doença ativa, e as diferenças na resposta imunológica tem sido implicadas nesse fato.⁽⁶⁾

As desigualdades de gênero podem levar a pouco acesso à saúde e ao atraso no diagnóstico e no tratamento da tuberculose.^(7,8) No Vietnã, as mulheres tendiam a procurar clínicas de saúde de pior qualidade, a demorar mais para procurar o médico e a fazer uso de automedicação mais frequentemente.⁽⁹⁾ Além disso, os homens mais prontamente fornecem amostras de escarro para exame.⁽¹⁰⁾ Sugeriu-se também que as mulheres negligenciam sua doença, enfrentam mais barreiras para obter atenção de saúde e abandonam o tratamento mais frequentemente, o que levaria a um viés nas estatísticas sobre a incidência de tuberculose em alguns países.⁽⁹⁾

Atitudes distintas dos médicos em relação a pacientes homens e mulheres também podem ter um papel no diagnóstico e manejo da doença.⁽¹¹⁾ Um estudo realizado em Bangladesh, Índia, Malawi e Colômbia mostrou que, comparadas aos homens, as mulheres demoravam mais a receber o tratamento para tuberculose, atrasos que são causados pelas próprias pacientes ou pelo sistema de saúde.⁽¹¹⁾ O reconhecimento de tais diferenças em um contexto cultural específico sugere a necessidade de intervenções especificamente direcionadas ao gênero no planejamento e controle da tuberculose.

O objetivo do presente estudo foi identificar diferenças de gênero referentes ao status socioeconômico, forma clínica de tuberculose e desfecho, além do atraso no diagnóstico e no tratamento relacionado ao paciente e ao sistema de saúde, em uma cidade com um dos maiores números de novos casos de tuberculose no estado do Rio de Janeiro (RJ).

Um estudo transversal com base em um questionário foi realizado em um serviço de atenção primária em Duque de Caxias, uma cidade densamente povoada com uma das menores rendas médias no estado do Rio de Janeiro, com 864 novos casos de tuberculose em 2006, correspondentes a uma taxa de incidência de 101/100.000 habitantes. Dos pacientes que iniciaram o tratamento, 67,2% foram tratados com sucesso, e 16,6% abandonaram o tratamento.⁽¹²⁾ Duque de Caxias tem cinco

serviços de atenção primária à saúde afiliados ao programa de controle de tuberculose local. Um desses serviços, o Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias, relatou 85% de todos os casos novos de tuberculose e foi, portanto, selecionado como o local para o estudo. Foram considerados aptos pacientes em qualquer estágio de tratamento de tuberculose e foram incluídos aqueles que expressaram seu desejo de participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Um questionário anônimo e de preenchimento voluntário foi proposto aos pacientes com 18 anos ou mais que foram tratados em ambulatório entre 2004 e 2007. Durante esse período, 2.283 pacientes com tuberculose foram tratados, e 560 foram convidados a preencher o questionário em uma das visitas. Todos os pacientes convidados concordaram em participar. Informações sobre idade, gênero, nível educacional, estado civil (mora sozinho ou com um(a) companheiro(a) a despeito do estado civil legal), renda familiar, tempo decorrido do início dos sintomas (tosse, febre, perda de peso e hemoptise) até o diagnóstico, e número de visitas a um profissional de saúde antes do diagnóstico foram obtidas de todos os pacientes. Além disso, informações sobre a forma clínica de tuberculose, critérios diagnósticos, história de abandono do tratamento e desfecho foram coletadas das fichas médicas dos pacientes. O número de pacientes vivendo abaixo da linha de pobreza (de acordo com a definição do Banco Mundial, a linha de pobreza é a renda per capita de US\$ 1,25/dia) também foi calculado. Os dados foram registrados e analisados com o *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 10 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). As distribuições das variáveis numéricas foram comparadas entre os gêneros utilizando-se o teste de Mann-Whitney, e as proporções foram comparadas utilizando-se o teste do qui-quadrado. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

Um total de 560 pacientes preencheu o questionário; 373 homens (66,6%), com mediana de idade de 38,5 anos (variação: 18-98 anos), e 187 mulheres (33,4%), com mediana de idade de 36 anos (variação: 18-82; $p = 0,006$). Os dois grupos tinham uma mediana de 6 anos de escolaridade (variação: 0-15 anos). A mediana da

renda familiar mensal para homens e mulheres foi de, respectivamente, US\$ 94,08 (variação: US\$ 0,00-1.007,52) e US\$ 80,64 (variação: 0,00-860,21; $p = 0,219$). Havia 59 homens (15,8%) e 32 mulheres (17,1%) vivendo abaixo da linha de pobreza ($p = 0,716$), ao passo que 174 homens (46,6%) e 99 mulheres (52,9%) viviam sós ($p = 0,179$).

Não houve diferenças entre os gêneros em relação à forma clínica de tuberculose, critérios diagnósticos, história de abandono do tratamento, mediana do número de dias desde o surgimento dos sintomas, número de visitas médicas antes do diagnóstico de tuberculose ou desfecho (Tabela 1).

O Brasil é um dos 22 países com as maiores cargas de tuberculose. Em 2007, 81.660 casos novos e recorrentes de tuberculose (39 casos por 100.000 habitantes) foram relatados, e a taxa de mortalidade foi de 4,4/100.000 habitantes.⁽⁴⁾ O estado do Rio de Janeiro tem a segunda maior incidência de tuberculose do país. Em 2008, 12.851 casos de tuberculose foram notificados. Em 2006, a taxa de mortalidade foi de 5,9/100.000 habitantes.⁽¹³⁾ Embora a proporção de casos de tuberculose, mortalidade e letalidade são maiores nos homens, mais de meio milhão de mulheres morrem de tuberculose todos os anos,

uma doença que mata mais mulheres do que o câncer de mama ou problemas relacionados à maternidade.⁽¹⁴⁾

No presente estudo, confirmamos que a tuberculose é mais comumente diagnosticada nos homens. Isso poderia corresponder a um viés de seleção devido a desigualdades relacionadas ao gênero na atenção à saúde. Especula-se que as diferenças de gênero na prevalência de tuberculose notificada mundialmente pode realmente refletir diferenças no comportamento relacionado ao gênero, incluindo o acesso mais cedo e mais fácil dos homens a serviços de saúde de boa qualidade em contraste aos serviços de saúde de pior qualidade disponíveis para as mulheres. No Nepal, a porcentagem de mulheres com tuberculose identificadas através de busca ativa foi maior do que de mulheres diagnosticadas com a doença entre os pacientes que procuravam tratamento.⁽¹⁵⁾ Nosso estudo não foi delineado para avaliar o acesso aos serviços de saúde visto que foi um estudo baseado em um serviço. Entretanto, um viés de seleção é improvável visto que as mulheres representam 67% de todas as pessoas que procuraram o serviço de saúde onde este estudo foi realizado. Isso está de acordo com a tendência de que, no Brasil, o número de atendimentos médicos

Tabela 1 – Apresentação clínica, diagnóstico e desfecho de pacientes com tuberculose por gênero. Duque de Caxias, Rio de Janeiro, 2005-2007.

Variáveis	Homens	Mulheres	p
	n = 373	n = 187	
Forma clínica de tuberculose			
Pulmonar	330 (87,7)	167 (89,3)	0,644
Extrapulmonar	25 (6,6)	14 (7,4)	
Pulmonar + extrapulmonar	18 (4,8)	6 (3,2)	
Critérios diagnósticos			
Bacteriológico	282 (75)	140 (74,9)	0,635
Histopatológico	19 (5)	10 (5,3)	
Clínico	73 (19,4)	37 (19,7)	
História de abandono de tratamento	40 (10,6)	10 (5,3)	0,178
Tempo decorrido do início dos sintomas até a primeira consulta, dias ^a	90 (0-2,190)	90 (0-1,085)	0,972
Visitas médicas antes do diagnóstico, n ^a	2 (0-45)	3 (0-30)	0,343
Desfecho			
Cura	235 (62,5)	136 (72,7)	0,906
Abandono	69 (18,3)	32 (17,1)	
Morte	6 (1,6)	2 (1,1)	
Transferência para outro serviço	5 (1,3)	1 (0,5)	
Falha	6 (1,6)	3 (1,6)	
Falta de dados	52 (13,9)	13 (6,9)	

Valores expressos como n (%), exceto onde indicado. ^aValores expressos como mediana (variação).

em serviços públicos de saúde é maior entre as mulheres.⁽¹⁶⁾ No Brasil, com o aumento do número de atendimentos médicos por ano, a proporção de mulheres também aumenta.⁽¹⁶⁾ Entretanto, visto que o nosso estudo não foi um estudo comunitário, as diferenças nas atitudes na atenção à saúde dos pacientes com tuberculose, assim como no seu acesso aos serviços de saúde, não puderam ser avaliados. Um achado relevante foi o longo tempo decorrido desde o surgimento dos sintomas até o primeiro atendimento médico independentemente do gênero. Em contraste, a mediana do número de atendimentos médicos antes do diagnóstico foi aceitável, levando-se em consideração que o exame de escarro não era prontamente disponível no serviço. A apresentação clínica e a atenção à saúde fornecida aos pacientes também foram semelhantes nos gêneros. Há relatos de que a tuberculose pulmonar é menos comum nas mulheres do que nos homens.⁽¹⁷⁾ Embora a prevalência de tuberculose pulmonar no presente estudo foi ligeiramente maior entre as mulheres, a confirmação bacteriológica foi semelhante nos dois gêneros. Esses resultados se opõem aos achados de um estudo realizado no Vietnã. Seus autores relataram que, embora a prevalência de tosse prolongada fosse semelhante nos dois gêneros, mais homens que mulheres forneceram escarro para o exame.⁽⁸⁾ Isso pode ser explicado pelo embaraço que as mulheres têm em produzir amostras de escarro de qualidade.

Em relação aos aspectos socioeconômicos da população estudada, os dois gêneros tiveram rendas e nível educacional semelhantes. Isso diverge do encontrado na população geral brasileira. De acordo com uma pesquisa recente, a renda dos homens é 1,7 vezes mais alta que a das mulheres, embora a porcentagem de indivíduos vivendo abaixo da linha de pobreza seja semelhante entre os gêneros. Em nossa amostra, a proporção de pacientes vivendo abaixo da linha de pobreza foi mais do que o dobro da média brasileira (7%) independentemente do gênero.⁽¹⁸⁾ Em um estudo anterior, demonstramos que a população que busca tratamento nesse mesmo serviço de saúde, independente da doença em questão, era mais pobre do que a população geral. Os pacientes com tuberculose tinham a mesma renda e status socioeconômico daqueles pacientes com outras doenças.⁽¹⁹⁾

Um estudo realizado na cidade de Cuiabá (MT) relatou um risco maior de abandono do tratamento para tuberculose entre os homens.⁽²⁰⁾ Em nosso estudo, os desfechos foram semelhantes nos dois gêneros, embora essa informação tenha sido falha para uma maior proporção de homens. A falta desses dados pode ter mascarado desfechos desfavoráveis, como abandono e morte.

Em resumo, não encontramos diferenças significativas entre os gêneros em relação à apresentação clínica e à assistência médica fornecida aos pacientes com tuberculose. Abordagens médicas distintas para mulheres em serviços de atenção à saúde não são prioritárias em nosso país, como é recomendado em outras culturas, onde a desigualdade de gênero afeta a assistência médica. Entretanto, independentemente do gênero do paciente, o atraso no diagnóstico é uma preocupação importante e deveria ser alvo das estratégias de controle da tuberculose no Brasil, visto que casos não diagnosticados de tuberculose com baciloscopia positiva são uma grande fonte de transmissão da tuberculose. Estudos comunitários são necessários para que se avalie a igualdade entre os gêneros no acesso à assistência à saúde.

Referências

1. Caracta CF. Gender differences in pulmonary disease. *Mt Sinai J Med.* 2003;70(4):215-24.
2. Ettling MB, Thimasarn K, Krachaiaklin S, Bualombai P. Evaluation of malaria clinics in Maesot, Thailand: use of serology to assess coverage. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1989;83(3):325-30.
3. Robles RR, Matos TD, Deren S, Colón HM, Sahai H, Marrero CA, et al. Drug treatment disparities among Hispanic drug-using women in Puerto Rico and New York City. *Health Policy.* 2006;75(2):159-69.
4. World Health Organization. *Global Tuberculosis Control: epidemiology, strategy, financing.* Geneve: World Health Organization; 2009.
5. Long NH, Johansson E, Diwan VK, Winkvist A. Different tuberculosis in men and women: beliefs from focus groups in Vietnam. *Soc Sci Med.* 1999;49(6):815-22.
6. Holmes CB, Hausler H, Nunn P. A review of sex differences in the epidemiology of tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1998;2(2):96-104.
7. Dolin P. Tuberculosis epidemiology from a gender perspective. In: Diwan VK, Thorson A, Winkvist A, editors. *Gender and Tuberculosis: An International Research Workshop: Report from the Workshop at the Nordic School of Public Health, Göteborg, May 24-26, 1998.* Göteborg: Nordic School of Public Health; 1998. p. 3.

8. World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2009 Nov 10]. Weiss MG, Auer C, Somma DB, Abouihia A, Kemp J, Shaheed Jawahar M, et al. Gender and tuberculosis: cross-site analysis and implications of a multi-country study in Bangladesh, India, Malawi and Colombia. [Adobe Acrobat document, 100p.] Available from: <http://apps.who.int/tdr/publications/tdr-research-publications/gender-tb-multicountry-study/pdf/sebrep3.pdf>
9. Thorson A, Hoa NP, Long NH. Health-seeking behaviour of individuals with a cough of more than 3 weeks. *Lancet*. 2000;356(9244):1823-4.
10. Long NH, Johansson E, Lönnroth K, Eriksson B, Winkvist A, Diwan VK. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1999;3(5):388-93.
11. Gosoni GD, Ganapathy S, Kemp J, Auer C, Somma D, Karim F, et al. Gender and socio-cultural determinants of delay to diagnosis of TB in Bangladesh, India and Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(7):848-55.
12. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil [cited 2009 Jul 25]. Plano Estratégico Para Controle da Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro, 2003 a 2005. [Adobe Acrobat document, 30p.] Available from: <http://portal.saude.rj.gov.br/tuberculose/Artigos/plano%20estrat%20g%202003-2005.pdf>
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde [homepage on the Internet]. Avaliação Epidemiológica e Operacional da Tuberculose. Região Sudeste, novembro de 2007 [cited 2009 Nov 10]. Available from <http://www.saude.rj.gov.br/tuberculose/artigos/planos>
14. World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2009 Nov 18]. Ahlburg DA. The economic impacts of tuberculosis. [Adobe Acrobat document, 34p.] Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_STB_2000.5.pdf
15. Cassels A, Heineman E, LeClerq S, Gurung PK, Rahut CB. Tuberculosis case-finding in Eastern Nepal. *Tubercle*. 1982;63(3):175-85.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. [updated 2006 May 30; cited 2009 Nov 5]. Brasil em Síntese. Available from: http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/trabalho.htm
17. Somma D. Gender in Tuberculosis research. Geneva: World Health Organization; 2005.
18. Fundação Getúlio Vargas [homepage on the Internet]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas [cited 2009 Nov 30]. Panorama da Miséria. Available from: <http://www3.fgv.br/ibrecps/miseria/Brasil.htm>
19. Belo MT, Selig L, Luiz RR, Hanson C, Luna AL, Teixeira EG, et al. Choosing incentives to stimulate tuberculosis treatment compliance in a poor county in Rio de Janeiro state, Brazil. *Med Sci Monit*. 2006;12(5):PH1-5.
20. Ferreira SM, Silva AM, Botelho C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil. *J Bras Pneumol*. 2005;31(5):427-35.

Sobre os autores

Márcia Teresa Carreira Teixeira Belo

Professora Assistente de Clínica Médica. Universidade Gama Filho e Fundação Técnico-Educacional Souza Marques, Rio de Janeiro (RJ) Brasil. Doutoranda em Clínica Médica. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Ronir Rágio Luiz

Professor Associado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Christy Hanson

Consultora em Pesquisa da Tuberculose, *U.S. Agency for International Development*, Washington (DC) EUA.

Lia Selig

Professora de Saúde Coletiva. Fundação Educacional de Serra dos Órgãos, Rio de Janeiro (RJ) Brasil. Doutoranda em Clínica Médica. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Eleny Guimarães Teixeira

Professora Auxiliar. Departamento de Clínica Médica, Universidade Gama Filho e Fundação Técnico-Educacional Souza Marques, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Thiago Chalfoun

Estudante de Medicina. Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Anete Trajman

Professora Associada. Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.