

Artigo Original

Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle*

Characteristics of elderly tuberculosis patients in Recife, Brazil: a contribution to the tuberculosis control program

ZILDA DO REGO CAVALCANTI¹, MARIA DE FÁTIMA PESSOA MILITÃO DE ALBUQUERQUE²,
ANTÔNIO ROBERTO LEITE CAMPELO³, RICARDO XIMENES³, ULISSES MONTARROYOS⁴, MARIANNE KAREL AMARAL VERÇOSA⁵

RESUMO

Objetivo: Descrever as características demográficas, de hábitos de vida, socioeconômicas, clínico-epidemiológicas e de acesso aos serviços de saúde de idosos com tuberculose, diagnosticados e tratados no Recife (PE), e compará-las com os adultos jovens em mesmas condições. **Métodos:** Utilizou-se uma estratégia de análise do tipo caso-controle em uma coorte de pacientes com tuberculose, atendidos nas unidades de saúde pública do Recife no período de maio de 2001 a julho de 2003. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 1.127 pacientes, 136 idosos (casos) e 991 adultos jovens (controles). Nos dois grupos o sexo prevalente foi o masculino e a forma da doença a pulmonar. O etilismo foi mais freqüente entre os controles e o analfabetismo entre os casos. Os idosos queixaram-se menos de tosse, sudorese e dor torácica. A sorologia para o vírus da imunodeficiência humana foi realizada em apenas 29 pacientes (2,6%). Os controles tiveram maior percentual de positividade nos exames de baciloscopia e cultura. Ambos os grupos tiveram que procurar mais de dois serviços de saúde e passaram-se mais de dois meses até que se fizesse o diagnóstico da doença. Os idosos tiveram maiores índices de cura e óbito, e abandonaram menos o tratamento. **Conclusão:** Na população estudada, os idosos apresentaram menos tosse, sudorese noturna e dor torácica, menor positividade nos exames complementares e maior mortalidade. Devem constituir um grupo com abordagem especial dos serviços de saúde pública.

Descritores: Tuberculose; Idosos; Caso-controle; Brasil

ABSTRACT

Objective: To describe the demographic characteristics, everyday habits, socio-economic conditions, clinico-epidemiological profiles and access to health care services among the elderly patients with tuberculosis diagnosed and treated in the city of Recife, Brazil, comparing them to those observed in young adults with tuberculosis. **Methods:** A case-control type strategy was used to evaluate a cohort of patients with tuberculosis, all of whom were treated in public health care facilities in Recife between May of 2001 and July of 2003. **Results:** The final cohort consisted of 1127 patients: 136 elderly patients (cases) and 991 young adults (controls). In both groups, males predominated, and the most common form of tuberculosis was the pulmonary form. Alcoholism was more common in the control group, whereas illiteracy was more common in the case group. There were fewer complaints of cough, sweats and chest pain among the patients in the case group than among those in the control group. Serological testing for the human immunodeficiency virus was performed in only 29 patients (2.6%). The percentage of positive sputum smear microscopy results, as well as that of positive cultures, was higher in the controls. Prior to being diagnosed with the disease, patients in both groups had sought treatment at more than two health care facilities and had waited more than two months (after first seeking treatment). The elderly patients presented higher indices of cure and were more often compliant with the treatment regimen, yet presented higher mortality rates. **Conclusion:** In the population studied, the elderly presented less cough, fewer episodes of night sweats and less chest pain, as well as less often presenting positivity on complementary exams. Nevertheless, the mortality rate was higher among the elderly patients than among the young adult patients. Elderly patients with tuberculosis constitute a population that should be given special attention in public health care facilities.

Keywords: Tuberculosis; Elderly; Case-control; Brazil

* Trabalho realizado na Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Pernambuco (RE) Brasil.

1. Mestre em Medicina Interna pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Pernambuco (RE) Brasil.

2. Professor do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Recife (PE) Brasil.

3. Professor do Departamento de Medicina Tropical da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Recife (PE) Brasil.

4. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Pernambuco (RE) Brasil.

5. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Pernambuco (RE) Brasil.

Endereço para correspondência: Zilda do Rego Cavalcanti. Rua Amaro Bezerra, 614, Derby - CEP: 52010-150, Recife, PE, Brasil.

Email: zildarc@terra.com.br

Recebido para publicação em 2/6/05. Aprovado, após revisão, em 20/2/06.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) chega ao século XXI como um problema de saúde pública não solucionado. Dentre os 22 países em desenvolvimento que albergam 80% dos casos mundiais da doença, o Brasil ocupa o décimo quinto lugar. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, no Brasil, no ano de 2002, o coeficiente de mortalidade foi de 2,95 por 100.000 habitantes.⁽¹⁻²⁾ Nesse mesmo ano, no Estado de Pernambuco o coeficiente foi de 4,92 por 100.000 habitantes, o que o coloca como o segundo estado com maior coeficiente de mortalidade por tuberculose do país.⁽²⁾

Na Cidade do Recife (PE), em 2002, o coeficiente de incidência de tuberculose foi de 104 por 100.000 habitantes para a população geral e de 135 por 100.000 habitantes para a população geriátrica. No Brasil, neste mesmo período, a referida incidência foi de 45 por 100.000 habitantes e 69 por 100.000 habitantes respectivamente, denotando assim a alta incidência da doença na Cidade do Recife em relação à população brasileira como um todo, e também a maior incidência na população geriátrica em relação à população geral.⁽¹⁵⁾

Na atualidade, a TB insere-se em um contexto epidemiológico e socioeconômico próprio, que pode ser caracterizado pela transição demográfica por que passa o mundo⁽¹⁾ e que tem levado a um franco envelhecimento populacional.^(1,3-4) Atualmente, no mundo, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais. Estima-se que em 2050 esta relação seja de 1:5 e o número de centenários (com 100 anos e mais) aumentará 15 vezes de 1999 a 2050.⁽¹⁾ O Brasil é um país com população envelhecida, com 9% de idosos.⁽²⁰⁾

A TB, como uma doença infecciosa, encontra na população geriátrica uma marcante suscetibilidade, tanto no que diz respeito a novas infecções quanto à reativação de doença, ambas relacionadas à diminuição da imunidade celular, afetada pelo processo de envelhecimento imunológico.⁽¹⁹⁾ Por ter sua transmissão preferencial ligada à via aérea, a doença encontra no idoso um sistema respiratório senescente, com redução de seus mecanismos de defesa, o que aumenta ainda mais o risco de infecção e de adoecimento a partir de reativação de focos latentes.^(5,7)

O presente estudo pretende descrever as características demográficas, socioeconômicas, de

hábitos de vida, clínico-epidemiológicas e de acesso aos serviços de saúde de um grupo de idosos com tuberculose, comparando-as com as de adultos jovens, tratados no Recife no mesmo período. O conhecimento produzido contribuirá para o delineamento de novas estratégias de controle da TB entre os idosos.

MÉTODOS

Utilizou-se uma estratégia de análise do tipo caso-controle em uma coorte de pacientes tratados para TB em unidades de saúde pública da Cidade do Recife, durante o período de maio de 2001 a julho de 2003. Foram incluídos no estudo os pacientes que neste período foram diagnosticados nas unidades de saúde do Recife e notificados para tuberculose à Secretaria Estadual de Saúde.

Os pacientes foram convidados a participar do estudo ao serem diagnosticados e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Todos foram entrevistados por uma equipe de técnicos de enfermagem capacitados para esta finalidade, utilizando um questionário padrão elaborado especificamente para esta pesquisa.

Considerou-se idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, que é a definição adotada pela Organização das Nações Unidas, para países em desenvolvimento.⁽¹⁾ Compararam-se as características dos idosos com TB (casos) àquelas dos adultos jovens também com TB (controles), indivíduos com idade de 20 a 49 anos, por ser esta a faixa etária de maior incidência da TB tanto no Recife⁽¹⁵⁾ quanto no Brasil.⁽³⁾

O tamanho da amostra calculado foi de 109 casos e 654 controles, considerando-se os seguintes parâmetros: OR 2, poder da amostra de 80% e erro α de 0,05% .

As características estudadas foram: demográficas (idade e sexo), de hábitos de vida (etilismo e tabagismo), socioeconômicas (renda do indivíduo e do chefe da família, alfabetização e número de pessoas por domicílio), clínico-epidemiológicas (demora para o início do tratamento, história de contato e tratamento anterior para TB, forma da doença, quadro clínico e resultado de exames) e acesso aos serviços de saúde (quantidade e localização das unidades de saúde procuradas até o diagnóstico, e cobertura pelo Programa de Saúde da Família).

Considerou-se etilismo o ato de ingerir bebida alcoólica, categorizado em beber socialmente (no máximo nos finais de semana) ou excessivamente (beber todos os dias ou quando começa a beber não consegue parar), e tabagismo o hábito de fumar à época da aplicação do questionário ou já ter fumado no passado.

Para avaliar a existência de associações entre as características apresentadas e ser idoso com TB realizou-se inicialmente a análise univariada. Todas as variáveis que apresentaram associação com um nível de significância de $p \leq 0,20$ foram introduzidas em um modelo multivariado (regressão logística múltipla) em cada um dos blocos (hábitos de vida e condições socioeconômicas, clínico-epidemiológicas e de acesso aos serviços de saúde), e aquelas selecionadas em cada bloco foram introduzidas em um modelo final.

A significância estatística das associações encontradas foi estabelecida utilizando-se o teste do qui-quadrado e valores de $p \leq 0,05$. Utilizou-se o programa *Epi-Info* para a criação do banco de dados e o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-PC) versão 10.0, para a análise estatística.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob protocolo nº 195/99-CEP/CCS.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 1.127 indivíduos, dos quais 136 idosos e 991 adultos jovens.

O sexo prevalente foi o masculino, representando 61,8% dos idosos e 64,7% dos adultos jovens. A idade dos idosos variou de 60 a 92 anos com média de $68,8 \pm 7$ anos. A faixa etária responsável pelo maior número de casos entre os idosos foi a de 60 a 69 anos (57,1%).

Em relação aos hábitos de vida observou-se que o etilismo social foi menos freqüente entre os idosos e que o hábito de beber excessivamente não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos. O tabagismo teve alta freqüência nos dois grupos, 69,1% nos casos e 75,1% nos controles.

Quanto às condições socioeconômicas, observaram-se melhores níveis de alfabetização entre os controles. Os idosos apresentaram maiores rendas, tanto individualmente como do chefe da família a

que pertenciam, e em maior percentual moravam sozinhos. A maioria dos casos (66,2%) e dos controles (66,6%) moravam em domicílios com duas a cinco pessoas, sem diferença estatisticamente significativa (Tabela 1).

Um menor percentual de idosos referiu contato com indivíduos com a doença, enquanto que os dois grupos apresentaram freqüência semelhante de história de tratamento anterior para TB. Os idosos relataram maior adesão (completaram o tempo de tratamento) e maior percentual de cura no tratamento anterior (Tabela 2). O período de tempo desde o início dos sintomas até a instituição do tratamento atual foi semelhante entre os grupos (Tabela 3).

A forma pulmonar da TB foi a mais freqüente nos dois grupos: 121 casos (89%) e 807 controles (87,9%). Com relação às outras formas da doença observou-se que tanto a miliar - 1 caso (0,7%) e 3 controles (0,3%) - quanto a óssea - 2 casos (1,5%) e 1 controle (0,1%) - foram mais freqüentes entre os idosos. Em relação ao quadro clínico, os idosos apresentaram menos tosse, hemoptise, dores nas costas, febre e sudorese noturna. Os idosos apresentaram perda de peso menos freqüentemente, porém, de forma mais intensa (Tabela 3).

Dentre os que realizaram os exames, observou-se menor percentual de positividade para baciloscopias e culturas para o bacilo de Koch entre os idosos ($p < 0,05$). Com relação ao resultado do teste tuberculínico e à co-infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Com relação ao acesso aos serviços de saúde, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos; 81% dos casos (110) e 74,6% dos controles (721) necessitaram procurar mais de duas unidades de saúde até terem o diagnóstico da doença estabelecido. A maioria dos dois grupos - 76 casos (55,9%) e 622 controles (62,8%) - foi tratada em serviços de saúde no mesmo distrito de sua residência, porém, a proporção de pacientes que se trataram em serviços de saúde localizados no mesmo bairro de sua residência foi baixa para os idosos e adultos jovens, 10,3% (14) e 15,4% (152), respectivamente ($p > 0,05$). Somente 34,4% dos casos (45) e 42% dos controles (400) relataram que seus domicílios recebiam visitas de equipes do Programa de Saúde da Família ($p > 0,05$).

TABELA 1

Distribuição dos pacientes portadores de TB, idosos e adultos jovens, conforme hábitos de vida e condições sócio-econômicas. Recife, maio de 2001 a julho de 2003

	Idade				OR	IC95%	p
	60 anos e mais		20 a 49 anos				
	n	%	n	%			
Etilismo							0,000
Não bebe	95	72,5	461	49,9	1,00		
Bebe socialmente	22	16,8	357	38,6	0,30	(0,18-0,58)	0,0000
Bebe excessivamente	14	10,7	106	11,5	0,64	(0,34-1,61)	0,184
Tabagismo							
Não	42	30,9	246	24,9	1,00		
Sim	94	69,1	742	75,1	0,74	(0,50-1,09)	0,163
Alfabetização							
Sim	93	68,4	822	82,9	1,00		
Não	43	31,6	169	17,1	2,24	(1,51-3,34)	0,000
Renda individual							
Mais de 2 SM	36	33	130	23,3	1,00		
Menos de 2 SM	73	67	429	76,7	0,61	(0,39-0,98)	0,0415
Renda do chefe da família							
Mais de 2 SM	21	39,6	140	26,5	1,00		
Menos de 2 SM	32	60,4	388	73,5	0,55	(0,30-1,03)	0,001
Número de pessoas por domicílio							0,085
Uma	17	12,5	73	7,4	1,00		
De 2 a 5	90	66,2	658	66,6	0,59	(0,32-1,09)	0,0940
6 e mais	29	21,3	257	26	0,48	(0,24-0,98)	0,0428

OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança; N - varia de acordo com o número de indivíduos que forneceram as informações.

Não se observou na análise univariada associação estatisticamente significativa entre ser um indivíduo idoso com TB e apresentar qualquer um dos desfechos: óbito, abandono ou cura (Tabela 3). Quando se agruparam os desfechos em favorável (alta por cura ou por completar o tratamento) e desfavorável (óbito, abandono ou falência do tratamento), os grupos permaneceram sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,831$). O desfecho favorável correspondeu a 76,9% nos casos (93) e 75,5% nos controles (675) e o desfavorável a 23,1% (28) e 24,5% (219), respectivamente.

Após a análise multivariada, permaneceram no modelo final as variáveis: etilismo ($p = 0,0001$), alfabetização ($p = 0,0003$), renda do chefe da família ($p = 0,0050$), aderência ao tratamento anterior ($p = 0,0189$), tosse ($p = 0,0290$), quantidade de peso ($p = 0,0170$), dor nas costas ($p = 0,0066$), óbito ($p = 0,0358$), cura ($p = 0,0401$) e resultado da baciloscopia ($p = 0,0054$) (Tabela 5).

TABELA 2

Distribuição dos pacientes portadores de TB, idosos e adultos jovens, conforme história de contato com TB e história de tratamento anterior para TB. Recife, maio de 2001 a julho de 2003

	Idade				OR	IC95%	p
	60 anos e mais		20 a 49 anos				
	n	%	n	%			
Contato com TB							
Sim	49	36,0	441	45,0	1,00		
Não	87	64,0	539	55,0	1,45	(1,00-2,10)	0,060
Tratamento anterior para TB							
Sim	35	25,7	207	21,0	1,00		
Não	101	74,3	781	79,0	0,76	(0,50-1,15)	0,203
Cura no tratamento anterior							
Sim	28	80,0	124	60,2	1,00		
Não	07	20,0	81	38,3	0,38	(0,14-0,97)	0,028
Adesão ao tratamento anterior							
Sim	29	82,9	120	58,5	1,00		
Não	06	17,1	85	41,5	0,29	(0,11-0,73)	0,011

OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança; N: varia de acordo com o número de indivíduos que forneceram as informações.

TABELA 3

Distribuição dos pacientes idosos e adultos jovens, conforme forma de TB, quadro clínico e desfecho do tratamento. Recife, maio de 2001 a julho de 2003

	Idade				OR	IC(5%)	p
	60 anos e mais		20 a 49 anos				
	n	%	n	%			
Tosse							0,005
Sim	114	83,8	909	91,7	1,00		
Não	22	16,2	82	8,3	2,13	(1,28-3,56)	
Hemoptise							0,506
Sim	15	11,2	135	13,7	1,00		
Não	119	88,8	850	86,3	1,26	(0,71-2,22)	
Tempo de tosse (dias)							0,835
Menos de 30	36	31,6	131	35,2	1,00		
De 30 a 60	23	20,2	74	19,8	1,13	(0,60-2,14)	0,801
60 e mais	52	45,6	164	44	1,15	(0,69-1,92)	0,6467
Perda de peso							0,533
Sim	87	64,9	662	68	1,00		
Não	47	35,1	311	32	1,15	(0,78-1,68)	
Quantidade de peso (kg)							0,032
Menos de 10	53	60,9	193	72,3	1,00		
Mais de 10	23	26,4	43	16,1	1,99	(1,05-3,73)	
Sudorese noturna							0,049
Sim	45	33,3	419	42,7	1,00		
Não	90	66,7	563	57,3	1,48	(1,01-2,17)	
Dor nas costas							0,016
Sim	58	43,3	540	54,8	1,00		
Não	76	56,7	446	45,2	1,58	(1,10-2,28)	
Febre							0,523
Sim	51	37,8	405	41,1			
Não	84	62,2	581	58,9	1,14	(0,79-1,66)	
Demora para início de tratamento							0,910
Menos de 30	28	21,2	214	22,1	1,00		
De 31 a 60	24	18,2	162	16,8	1,13	(0,61-2,10)	0,787
61 e mais	80	60,6	591	61,1	1,03	(0,64-1,68)	0,976
Óbito							0,831
Sim	08	5,9	25	2,5	1,00		
Não	128	94,1	966	97,5	0,41	(0,17-1,02)	0,500
Abandono							
Sim	18	13,2	174	17,6	1,00		
Não	118	86,8	817	82,4	1,40	(0,81-2,44)	0,256
Cura							
Sim	41	30,1	233	23,5	1,00		
Não	95	69,9	758	76,5	0,71	(0,47-1,08)	0,112

OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança

DISCUSSÃO

Na casuística de idosos estudada a TB foi mais freqüente no sexo masculino, o que condiz com a literatura consultada.⁽⁸⁾ A faixa etária mais freqüente foi a de 60 a 69 anos, que corresponde a cerca de

56% de todos os idosos no Brasil.⁽¹⁾ A idade média encontrada para os idosos, 69 anos, foi menor que a citada por alguns autores, 75 anos,^(11,14) provavelmente porque os dados da literatura provêm de países desenvolvidos, onde são considerados idosos os indivíduos acima de 65 anos.⁽¹⁾

TABELA 4

Distribuição dos pacientes portadores de TB, idosos e adultos jovens, conforme resultados de exames complementares. Recife, maio de 2001 a julho de 2003.

	Idade				OR	IC95%	p
	60 anos e mais		20 a 49 anos				
	n	%	n	%			
Co-infecção HIV							0,006
Positiva	2	1,5	34	3,4	1,00		
Negativa	27	20,0	314	31,7	1,46	(0,32-9,30)	0,859
Não realizou	106	78,5	643	64,9	2,80	(0,64-17,1)	0,212
Resultado da Baciloscopia							0,000
Positivo	61	44,9	595	60,0	1,00		
Negativo	37	27,2	153	15,4	2,35	(1,51-3,68)	0,000
Não realizou	38	27,9	243	24,6	1,53	(0,97-2,40)	0,070
Resultado da Cultura							0,001
Positivo	16	11,8	216	21,8	1,00		
Negativo	20	14,7	77	7,8	3,50	(1,72-7,11)	0,000
Não realizou	100	73,5	698	70,0	1,93	(1,09-3,49)	0,023
Resultado do TT							0,110
Positivo	14	10,3	73	7,4	1,00		
Negativo	2	1,5	48	4,8	0,22	(0,03-1,07)	0,279
Não realizou	120	88,2	870	87,8	0,72	(0,30-1,38)	0,364

TT - Teste tuberculínico; *OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança; N: varia de acordo com o número de indivíduos que realizaram os exames

A frequência de tabagismo, tanto em casos como em controles, foi superior aos dados relatados pela literatura (idosos - 39,1%; adultos jovens - 53,9%),⁽¹⁰⁾ provavelmente pelo fato de este estudo incluir na categoria de fumantes os indivíduos que fumaram, mas deixaram de fumar.

Alguns autores ressaltam que os maiores problemas dos idosos de países em desenvolvimento são a pobreza e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.⁽³⁻⁴⁾ A pobreza pode se expressar pelos baixos índices de alfabetização, como demonstrado na população estudada, na qual entre os idosos este indicador foi menor ($p < 0,05$). Apesar de os achados parecerem contraditórios quando se observa que a renda dos idosos foi superior à dos adultos jovens ($p < 0,05$), uma reflexão sobre o contexto em que se insere a população estudada sugere que talvez isto possa ser explicado pelo alto índice de desemprego na população. Este fato leva muitas famílias a dependerem financeiramente da aposentadoria dos idosos, principalmente daqueles do sexo masculino, que tiveram maior probabilidade de acesso ao mercado de trabalho

formal e, conseqüentemente, à política de previdência social.

Os idosos de hoje são sobreviventes de coortes nascidas na década de 1940, tendo sido expostos à TB durante suas infâncias, quando a prevalência da doença era alta e os esquemas terapêuticos menos eficazes. Por este motivo estima-se que 20% a 50% dos idosos tenham TB infecção. Esta população, albergando o bacilo de Koch e com as deficiências próprias do envelhecimento, pode vir a desenvolver a doença. Nos países desenvolvidos, aproximadamente 90% dos casos de TB doença em idosos são secundários à reativação de foco latente.^(3-5,10,14) Na casuística aqui analisada observou-se que a maioria dos idosos não referiu contato com portadores de TB, o que sugere doença por reativação de infecção latente, embora não se possa, a partir dos dados deste estudo, confirmar esta hipótese (Tabela 2).

A literatura de países desenvolvidos relata que a maioria dos idosos desenvolve TB por reativação de foco latente de cepas adquiridas na infância, quando ainda não havia tratamento específico.

TABELA 5

Modelo de regressão logística final das variáveis selecionadas em cada bloco (referente aos hábitos de vida, condições sócio econômicas, história clínica, quadro clínico, desfecho do tratamento, resultados de exames e acesso aos serviços de saúde). Recife, maio de 2001 a julho de 2003

Variáveis	OR	IC95%	p
Etilismo			0,0001
Não bebe	1,00		
Bebe socialmente	0,34	(0,20-0,57)	0,0000
Bebe excessivamente	0,56	(0,29-1,07)	0,0826
Alfabetização			
Sim	1,00		
Não	2,31	(1,46-3,65)	0,0003
Renda do chefe da família			0,0050
Mais de 2 SM	1,00		
Menos de 2 SM	0,45	(0,23-0,86)	0,0169
Ignorado	0,95	(0,53-1,71)	0,8790
Aderência ao tratamento anterior			0,0189
Sim	1,00		
Não	0,34	(0,12-0,92)	0,0338
Não tratou	0,51	(0,31-0,85)	0,0108
Tosse			
Sim	1,00		
Não	1,93	(1,07-3,51)	0,0290
Quantidade de peso (kg)			0,0170
Menos de 10	1,00		
Mais de 10	2,11	(1,26-3,53)	0,0045
Não perdeu peso	1,22	(0,76-1,95)	0,4018
Dor nas costas			
Sim	1,00		
Não	1,77	(1,17-2,68)	0,0066
Óbito			
Sim	1,00		
Não	0,37	(0,15-0,93)	0,0358
Cura			
Sim	1,00		
Não	0,62	(0,39-0,97)	0,0401
Resultado da Baciloscopia			0,0054
Positivo	1,00		
Negativo	2,26	(1,37-3,72)	0,0013
Não realizou	1,22	(0,74-2,02)	0,4312

OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança

Conseqüentemente, a grande maioria dessas cepas não é resistente à medicação usual,^(11,14) e, como a farmacodinâmica dos medicamentos antituberculose é a mesma nos idosos (aumentando apenas a possibilidade de efeitos colaterais e de interação medicamentosa), a maioria deles evolui para a cura.⁽⁵⁾ Nesta casuística não se encontrou, em re-

lação à cura, diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$) (Tabela 3).

A TB no idoso freqüentemente tem o seu diagnóstico retardado pela dificuldade de reconhecimento do quadro clínico, que muitas vezes é confundido com as alterações próprias do envelhecimento ou não é referido de forma adequada pelo paciente,⁽¹⁰⁻¹¹⁾ situação agravada pela falta de profissionais capacitados para o atendimento aos idosos. Porém, na série de casos analisada, não houve diferença entre idosos e não idosos com relação à demora para o início do tratamento, observando-se um período de tempo maior que 60 dias desde o início dos sintomas até o início do tratamento ($p > 0,05$). Isto pode decorrer das mudanças ocorridas na organização dos serviços de saúde após a descentralização das ações de controle da TB. Reforçando esta hipótese, no Recife, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre a quantidade de serviços procurados por idosos e por adultos jovens. Do mesmo modo, percentuais semelhantes de indivíduos dos dois grupos receberam tratamento em unidades de saúde localizadas no mesmo distrito e bairros de residência. Não é possível, entretanto, deixar de ressaltar que uma demora de mais de 60 dias para o início do tratamento, comum a toda a população, demonstra falha no sistema de saúde na área estudada.

Ainda com relação ao acesso à saúde, deve-se enfatizar que, entre as atribuições do Programa da Saúde da Família, está a detecção precoce da TB. Seria, portanto, de se esperar uma maior eficácia na detecção dos casos, expressa em um período de tempo mais curto para o início do tratamento da doença, tanto para os idosos quanto para os jovens.

Um estudo realizado em Nova York, EUA, relata que os idosos tiveram um retardo no diagnóstico de mais de duas semanas,⁽⁹⁾ denotando uma realidade de acesso aos serviços de saúde e condições socioeconômicas próprias de países desenvolvidos. Um outro estudo, realizado no Brasil, no Estado do Rio de Janeiro,⁽¹⁶⁾ relatou uma mediana de tempo do início dos sintomas até o diagnóstico, para a população geral, de 60 dias, o que pode expressar problemas de acesso aos serviços de saúde semelhantes aos encontrados neste trabalho.

Uma explicação comumente dada para a demora no início do tratamento entre os idosos refere-se às diferenças de apresentação do quadro clínico da doença.^(5,7,10-11) No Recife observou-se

menor freqüência de tosse, sudorese noturna e dor torácica entre os idosos. Isto pode ser atribuído à diminuição no reflexo da tosse, à menor produção de interleucinas nas reações inflamatórias e à alteração no limiar de dor, próprias do processo de envelhecimento normal.^(9,13) Ressalta-se que a perda de peso foi semelhante entre os grupos, embora entre os que perderam peso, os idosos tenham apresentado uma perda mais intensa (mais de 10 kg) (Tabela 3), agravando os quadros de desnutrição já prevalentes nesta faixa etária.

A forma da TB mais freqüente entre os idosos é a pulmonar,^(3,5,11,13,14) assim como em todas as outras idades.⁽⁸⁾ Em alguns trabalhos, as formas extrapulmonares aumentam de incidência com o avançar da idade.^(5,11,14) Neste estudo, verificou-se que as formas miliar e óssea foram mais freqüentes entre os idosos, ressaltando-se a limitação da análise devida ao pequeno número de casos com estas formas clínicas.

Existem também dificuldades com relação à investigação diagnóstica no idoso, tanto para a realização quanto para a interpretação de exames.^(5,10,13) A análise realizada constatou que a co-infecção pelo vírus da imunodeficiência humana esteve igualmente presente entre os adultos jovens e idosos, porém vale ressaltar que foram detectados dois casos de sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana, entre os 29 idosos estudados. É importante lembrar que os idosos de hoje são procedentes de uma geração em que não era habitual o uso de métodos de prevenção e que a libido pode permanecer intacta, mesmo em pessoas mais idosas, o que deixa estes indivíduos expostos à síndrome da imunodeficiência adquirida⁽²¹⁾ e, portanto, à associação desta com a TB.

Dentre os que realizaram a confirmação bacteriológica, a positividade, tanto para baciloscopia como para cultura, foi menor entre os idosos, o que está de acordo com a literatura.⁽¹⁰⁾ O exame instituído para diagnóstico de TB, nas unidades de saúde, é a baciloscopia, que no idoso nem sempre é possível de ser realizada, pela menor freqüência de tosse eficaz e, portanto, de produção de escarro, bem como pelas limitações cognitivas, que geram problemas na coleta do exame. É importante observar que, apesar de este ser, no contexto da saúde pública, o exame recomendado para o diagnóstico da doença,⁽¹⁷⁾ cerca de um quarto de todos os

pacientes desta casuística não realizaram a baciloscopia.

Com relação ao teste tuberculínico, não houve diferença entre os grupos, chamando a atenção o fato de que somente um pequeno número de pacientes submeteu-se ao exame, talvez pela dificuldade de acesso ou pela não solicitação do mesmo pelos profissionais de saúde. Ressalta-se a necessidade do teste tuberculínico para o diagnóstico da TB latente e realização da quimioprofilaxia, quando indicada.

Vários autores^(3,5,9,12-14) descrevem que a gravidade da tuberculose em idosos é maior do que em adultos jovens. Nos EUA, os idosos têm taxa de letalidade dez vezes maior que adultos de 25 a 44 anos.^(5,9,14) Nesta casuística os óbitos foram mais freqüentes entre os idosos ($p < 0,05$), o que está de acordo com os dados da literatura e, provavelmente, se relaciona com a presença, entre os idosos, de co-morbidades, deficiência imunológica e maiores reações adversas aos medicamentos utilizados no tratamento da doença (Tabela 3). Porém, após a análise multivariada não se verificou um maior risco de óbito ou de cura entre os idosos.

Conclui-se, portanto, que no Recife, ao se comparar indivíduos idosos e adultos jovens com TB, os idosos caracterizaram-se por apresentar: menor freqüência de etilismo e alfabetização; maior renda do chefe de suas famílias; maior aderência ao tratamento anterior; menor freqüência de tosse e dor nas costas; perda de peso mais pronunciada; menor freqüência de baciloscopias positivas para bacilo de Koch. Em relação ao desfecho do tratamento, o óbito e a cura não estiveram associados aos idosos (Tabela 5).

Verifica-se pelo exposto acima que os idosos constituem um grupo populacional de risco para TB e, portanto, merecem abordagem especial dos programas de controle da doença, que devem levar em consideração as peculiaridades desta faixa etária.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Coordenação Estadual do Programa de Controle da Tuberculose de Pernambuco, pela disponibilidade em fornecer algumas informações importantes; aos profissionais de saúde da rede do Sistema Único de Saúde do Recife, pela cooperação na coleta dos dados; à Biblioteca Central da Universidade Federal de Pernambuco, pela

ajuda na revisão bibliográfica; e à Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio e financiamento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil [texto na Internet]. Rio de Janeiro. [citado 2005 Jan 7]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.shtm
2. World Health Organization. Global Tuberculosis Control. WHO Report 2002. Geneva: WHO; 2002. (WHO/CDS/TB/2002.295)
3. Chaimowicz F. Transição etária de incidência e mortalidade por tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):81-7.
4. Litvak J. El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1990;109(1):1-5.
5. Rajagopalan S. Tuberculosis and aging: a global health problem. *Clin Infect Dis*. 2001;33(7):1034-9.
6. Camargos EF, Toledo MA, Guimarães RM. O velho e o médico: a anamnese diferenciada. *Brasília Méd*. 2001;38(1/4): 42-6.
7. Chaimowicz F. Tuberculose pulmonar. In: Freitas EV, Py L, Nery AL, Cançado FAX, Gorzone ML, Rocha SM, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 362-73.
8. Villarreal Velarde H, Mario H, Torres Cruz A, Urueta Robledo J, Pérez Guzmán C. Tuberculosis pleuropulmonar en el anciano: estudio comparativo con otras edades. *Rev Inst Nac Enfermedades Respir*. 1998;11(2):111-6.
9. Katz PR, Reichman W, Dube D, Feather J. Clinical features of pulmonary tuberculosis in young and old veterans. *J Am Geriatr Soc*. 1987;35(6):512-5.
10. Vendramini SHF, Villa TCS, Monroe AA. Tuberculose no idoso: análise do conceito. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003;11(1):96-103.
11. Yoshikawa TT. Tuberculosis in aging adults. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40(2):178-87.
12. Chaimowicz F. Tuberculose pulmonar em idosos: Parte I - Epidemiologia e patogênese. *Rev Bras Clin Ter*. 2001;27(5): 217-23.
13. Chaimowicz F. Tuberculose pulmonar em idosos - Parte II. - Quadro clínico e diagnóstico. *Rev Bras Clin Ter*. 2001; 27(Pt 2):245-51.
14. Rajagopalan S, Yoshikawa TT. Tuberculosis in long-term-care facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2000;21(9):611-5.
15. Pernambuco. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenação de Tuberculose do Estado de Pernambuco. Indicadores e informações em saúde [texto na Internet]. Recife: SINAN/MS/SUS. [citado 2004 Out 19]. Disponível em: www.saude.gov.br.
16. Selig L, Bello M, Cunha AJLA, Teixeira EG, Brito R, Luna AL, Trajman A. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol*. 2004;30 (4):327-34.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico para controle da tuberculose. Brasília (DF); 2002. (Caderno de Atenção Básica, 6)
18. Ruffino-Neto A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Inf Epidemiol SUS*. 2001;10(3):129-38.
19. Gavazzi G, Krause KH. Ageing and infection. *Lancet Infect Dis*. 2002;2(11):655-60.
20. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Resolução n. 145, de 15 de outubro de 2004. Política Nacional de Assistência Social. Brasília (DF); 2004. [citado 2005 Fev 9]. Disponível em: <http://www.acaocontinuada.org.br/rescnas1452004.html>.
21. Alves FAP. AIDS e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior a 50 anos em Pernambuco, 1990-2000 [tese]. Recife; Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco; 2002.