

## Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS)

Knowledge of clients who suffer of pulmonary tuberculosis and their family members concerning the adherence of the treatment and associated factors in Rio Grande, Rio Grande do Sul State

Silvana Monteiro Costa<sup>1</sup>  
Raúl Andrés Mendoza-Sassi<sup>2</sup>  
Tarso Pereira Teixeira<sup>2</sup>  
Vânia do Amaral Leivas<sup>1</sup>  
Marta Regina Cézar-Vaz<sup>3</sup>

**Abstract** *This cross sectional study aimed at the determination of the prevalence of the knowledge about the adherence to the tuberculosis treatment that clients suffering of pulmonary tuberculosis and their families have concerning this disease and associated factors. A total of 68 tuberculosis clients who attended the Tuberculosis Control Program in Rio Grande, Rio Grande do Sul State, and 82 of their family members were interviewed, totalizing 150 clients. The prevalence of the knowledge was 60%. The multivariate analysis has showed a meaningful association between the adherence knowledge and the condition of being a tuberculosis client (prevalence ratio: 1.64, confidence intervals 95%: 1.25-2.15) and with the fact of the existence of one case in the family (prevalence ratio: 1.33; confidence intervals 95%: 1.04-1.70). It is observed that the adherence knowledge is low, making it clear the need for educational actions for sick people, family members and the community.*

**Key words** *Knowledge, Treatment, Tuberculosis*

**Resumo** *Este estudo transversal objetivou determinar a prevalência de conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose que os clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares possuem acerca desta doença e fatores associados. Foram entrevistados os portadores de tuberculose atendidos no Programa de Controle da Tuberculose do Rio Grande (RS) e seus familiares, totalizando 150 clientes, sendo 68 portadores e 82 familiares dos mesmos. A prevalência de conhecimento foi de 60%. A análise multivariada mostrou que o conhecimento sobre adesão esteve associado com a condição de ser portador (razão de prevalência: 1,64; intervalo de confiança de 95%:1,25-2,15) e com o fato de já ter existido um caso da doença na família (razão de prevalência: 1,33; intervalo de confiança de 95%:1,04-1,70). Constata-se que o conhecimento sobre adesão é baixo, evidenciando-se assim a necessidade de ações educativas aos enfermos, familiares e comunidade.*

**Palavras-chave** *Conhecimento, Tratamento, Tuberculose*

<sup>1</sup>Prefeitura Municipal do Rio Grande. Rua Marechal Floriano Peixoto 5, Centro. 96200-380 Rio Grande RS. silvanamonteirocosta@gmail.com

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

<sup>3</sup>Escola de Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

## Introdução

A tuberculose (tbc) é um grande problema de saúde pública no mundo<sup>1</sup>. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos 22 países responsáveis por 80% dos casos mundiais de tbc, o Brasil se encontra na 15ª posição<sup>2</sup>.

Muitos obstáculos dificultam o controle desta doença e o maior deles diz respeito à adesão dos clientes doentes à terapêutica<sup>3</sup>. Entre os fatores que acarretam a não adesão ao tratamento, constatou-se que a falta de informação sobre a doença é um fator importante<sup>4</sup>. Nesse sentido, aponta-se como consequência para não continuidade do tratamento a falta de conhecimento dos clientes com tbc sobre a enfermidade<sup>5</sup>. Visualiza-se, também, que as atividades educativas, direcionadas aos membros familiares, são relevantes para o processo de reabilitação do doente, uma vez que a família constitui-se fonte de suporte para o tratamento da doença, de forma a possibilitar adesão<sup>6</sup>. Para isso, torna-se indispensável a informação sobre a enfermidade aos familiares. Um estudo salienta que o risco de não conclusão da terapia medicamentosa aumenta quando a família não está informada sobre a doença<sup>7</sup>.

A OMS declarou, em 1993, a tbc como um estado de urgência, alertando para a necessidade de esforços para seu controle<sup>8</sup>. O **Directly Observed Therapy Short Course** (DOTS) - Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração - é visto como uma das medidas mais eficazes para controle da tbc<sup>1</sup> e consiste na supervisão da ingestão dos medicamentos por um profissional de saúde ou por um membro da família<sup>9</sup>. Considerando o fato de que os clientes acometidos por tbc necessitam dispor de conhecimentos com relação à adesão ao tratamento para êxito do mesmo e considerando também o fato de que os familiares, para atuar na estratégia DOTS, necessitam dispor de esclarecimentos quanto à continuidade do esquema terapêutico, para assim poderem auxiliar no tratamento, de maneira a proporcionar adesão e cura, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de determinar a prevalência do conhecimento a respeito da tbc pulmonar e fatores associados à adesão ao tratamento em doentes e familiares.

Diante da escassa literatura sobre este tema e visualizando-se o conhecimento sobre a continuidade do esquema terapêutico recomendado para tratamento da tbc como um fator relevante para o controle da doença, uma vez que o tratamento adequado evita a disseminação e casos de resistência desta patologia, justifica-se e comprovou-se o interesse e a necessidade deste estudo.

## Métodos

Este estudo transversal teve como população os clientes portadores de tbc pulmonar cadastrados no Programa de Controle da Tuberculose (PCT), do município do Rio Grande (RS), e seus familiares.

Para efeitos do cálculo da amostra, foram selecionadas 150 pessoas, sendo 68 clientes com tbc e 82 familiares dos mesmos. Com este tamanho da amostra e utilizando um nível de confiança de 95%, uma prevalência de conhecimento sobre adesão entre o grupo de clientes com tbc de 75% e uma prevalência de conhecimento sobre adesão entre os familiares de 48%, o poder do estudo situou-se em 90%.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2006. Primeiramente, foi coletado no Centro de Saúde (CS) do Rio Grande, através dos prontuários dos doentes, seus nomes e respectivos endereços e dados sobre os esquemas terapêuticos. Posteriormente, foram realizadas as entrevistas nos domicílios dos enfermos. Em situações de ocorrência de dois ou mais casos de tbc pulmonar em uma mesma família, o indivíduo com maior tempo de tratamento foi considerado o caso índice, sendo os demais identificados como familiares.

A família foi identificada como todas as pessoas que faziam as refeições juntas.

Os critérios de inclusão para compor a amostra foram ter idade mínima de quinze anos, estar cadastrado no PCT do Rio Grande e residir neste município. Foram considerados inelegíveis os indivíduos com término de tratamento contra a tbc superior a três meses. Para a realização das entrevistas, utilizou-se a aplicação de dois questionários precodificados, padronizados e testados previamente. As variáveis analisadas foram classe social (segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa), escolaridade, renda familiar *per capita* (PC), tipo de cliente (classificados como doente de tbc e familiares), idade, sexo, cor da pele, estado civil, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, uso de drogas ilícitas, número de casos de tbc na família além do caso atual, primeiro tratamento contra a tbc, interrupção do tratamento.

A avaliação do conhecimento do que é ser aderente foi realizada mediante o cálculo da proporção de clientes com tbc e seus familiares que responderam corretamente as questões. A variável dependente do estudo foi dicotomizada em conhecimento adequado (três questões corretas) e conhecimento inadequado (duas ou menos questões corretas).

A adesão do cliente ao tratamento depende de seu conhecimento sobre a patologia, duração do tratamento prescrito, importância da regularidade no uso das medicações e do seu conhecimento sobre as consequências ocasionadas pela interrupção do tratamento<sup>3</sup>. Para fins de operacionalização, foram utilizados critérios elaborados a partir das normas estabelecidas<sup>3</sup>, para considerar o cliente aderente. Para essa finalidade, foram selecionados três parâmetros: (1) frequência de comparecimento ao Serviço de Saúde (SS), (2) periodicidade de ingestão de comprimidos e (3) duração do tratamento. Considerou-se como resposta correta à primeira questão (comparecimento ao serviço de saúde para aquisição de medicamentos) o período de trinta dias. Com relação à segunda questão (periodicidade de ingestão de comprimidos), considerou-se como resposta adequada o uso diário de medicamentos. No que diz respeito ao tempo de duração do esquema terapêutico utilizado no tratamento da patologia tbc, considerou-se como resposta certa o período de seis meses ou o período do esquema terapêutico preconizado ao portador (caso o esquema preconizado seja superior a seis meses). Por existirem regimes terapêuticos diferentes, segundo a situação do cliente, as respostas dadas pelos portadores de tbc e seus familiares foram confrontadas com as informações existentes nas fichas dos doentes e foram consideradas corretas as que tiveram consistência entre elas, tomando como ponto de comparação a informação do serviço.

Os dados foram digitados duplamente no Epi Info 6.04 e foram limpos mediante identificação e correção de erros de consistência e de amplitude. Após, foram traduzidos para o programa STATA 8.0. Na análise estatística, em primeira instância, foi realizada a descrição da amostra estudada. Nesta etapa, e no caso de variáveis contínuas, foram avaliadas as medidas de tendência central (média) e as respectivas medidas de dispersão (desvio padrão). No caso de variáveis categóricas, foram apresentadas suas percentagens. Posteriormente, foi realizada a análise bivariada dos dados. Utilizou-se o teste do qui-quadrado e o teste de Fisher. Na etapa multivariada, e para estudar o efeito independente de cada um dos fatores, utilizou-se a regressão de Poisson. Foram calculadas as razões de prevalência (RP) e os intervalos de confiança de 95% dos fatores ajustados entre si, para os diversos fatores com o desfecho. A regressão foi do tipo para trás e as variáveis foram entrando no modelo segundo um modelo de análise hierárquico. Este

modelo estava constituído de três níveis. Em primeiro lugar, foram ingressadas as variáveis demográficas e socioeconômicas; no segundo nível, as de hábitos de vida e, no terceiro nível, aquelas referentes à história familiar e individual de tbc. Para a permanência da variável no modelo, utilizou-se um valor de  $p \leq 0,2$  (confusão negativa). O teste utilizado para avaliar a significância foi o teste de Wald. Para variáveis categóricas ordinais, foi aplicado um teste de tendência linear. Como ponte de corte para significância em todas as provas estatísticas, foi usado um valor de  $p$  de 0,05 bicaudal.

O estudo segue ao preconizado pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

## Resultados

Conforme evidenciado na Tabela 1, a maioria da população estudada (54,7%) foi composta pelos familiares dos clientes com tbc. A faixa etária mais prevalente situou-se entre 25 e 44 anos (38%). Quanto ao sexo, 51,3% eram mulheres; com respeito à cor, 75,3% eram brancos. Com relação ao estado civil, 53,3% possuem companheiro. Dois terços da amostra (64,7%) estudaram no máximo sete anos completos. A média de anos de estudo foi de 5,8 anos (desvio padrão 3,4). Mais de um terço das pessoas estudadas (38,4%) possuíam renda familiar *per capita* de até meio salário mínimo. A renda familiar média PC foi de R\$ 319,3 (desvio padrão 282,4). Da amostra estudada, 43,3% encontravam-se na classe C. A proporção encontrada para fumantes ou ex-fumantes foi de 54,7%. Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas, 24% dos entrevistados referiram a utilização de bebidas contendo álcool. A percentagem de indivíduos usuários de drogas ilícitas foi de 7,3%. A proporção de pessoas que disseram ter tido mais de um caso da doença na família, além do caso atual, foi de 43,3%. A maioria (86%) dos indivíduos informaram ser o tratamento atual o primeiro efetuado pelo portador contra a tbc. Da amostra pesquisada, 88% dos indivíduos referiram não ter ocorrido interrupção do tratamento pelo doente.

A Tabela 2 apresenta a prevalência de acertos para cada uma das questões utilizadas para avaliar o conhecimento sobre adesão ao tratamento da tbc. Observa-se que 60% responderam corretamente às três questões, 24% responderam a

**Tabela 1.** Descrição das características demográficas e socioeconômicas relativas aos hábitos de vida e ao histórico individual e familiar de tuberculose dos clientes com tuberculose e seus familiares no PCT. Rio Grande (RS), 2006. (n=150).

Característica	N	%
<b>Tipo de cliente</b>		
Doente	68	45,3
Família	82	54,7
<b>Idade</b>		
15 – 24	34	22,7
25 – 44	57	38,0
45 – 64	43	28,7
65 ou mais	16	10,7
<b>Sexo</b>		
Feminino	77	51,3
Masculino	73	48,7
<b>Cor</b>		
Não branca	37	24,7
Branca	113	75,3
<b>Estado civil</b>		
Sem companheiro	70	46,7
Com companheiro	80	53,3
<b>Escolaridade (anos completos de estudo)</b>		
0 – 3	42	28,0
4 – 7	55	36,7
8 ou mais	53	35,3
<b>Renda familiar PC (n=146)</b>		
Até 1/2 salário mínimo (SM)	56	38,4
Mais de 1/2 até 1 SM	53	36,3
Mais de 1 SM	37	25,3
<b>Classificação econômica</b>		
Classes A	3	2,0
Classe B	20	13,3
Classe C	65	43,3
Classe D	54	36,0
Classe E	8	5,3
<b>Fumo</b>		
Não	68	45,3
Fumante ou ex-fumante	82	54,7
<b>Bebida alcoólica</b>		
Não	114	76
Sim	36	24
<b>Utilização de drogas ilícitas</b>		
Não	139	92,7
Sim	11	7,3
<b>Nº de casos de tbc na família (n=148)</b>		
Nenhum	81	54,7
Até um	38	25,7
Dois ou mais	29	19,6
<b>Primeiro tratamento contra tbc</b>		
Não	19	12,7
Sim	129	86
Não sabe	2	1,3
<b>Parou o tratamento</b>		
Não	132	88
Sim	14	9,3
Não sabe	4	2,7

duas questões corretamente, 12,7%, a apenas uma e 3,3%, a nenhuma das três questões.

Analisando-se as características associadas ao conhecimento sobre adesão ao tratamento da tbc, a Tabela 3 mostra que houve uma associação significativa ( $p=0,001$ ) com respeito ao conhecimento sobre o número de acertos para as três questões e o fator relacionado ao tipo de cliente, havendo predominância (75%) de informação nos indivíduos que são portadores de tbc, quando equiparados com os familiares (47,5%). Houve também uma associação com significância estatística ( $p=0,03$ ) com relação ao conhecimento sobre adesão e o número de casos de tbc na família. Observou-se predominância de informação nas pessoas que afirmaram ter tido um caso (além do caso atual) da doença (79%) em relação aos que disseram não possuir nenhum caso (55,6%) e aos que tiveram dois ou mais casos (além do caso atual) da patologia (51,7%).

Na análise multivariada (Tabela 4), o modelo final ajustado mostrou que os portadores de tbc apresentaram 64% mais probabilidade de conhecimento sobre adesão ao tratamento da tbc do que os familiares dos mesmos, resultado este com significância estatística ( $p=0,001$ ). Demonstrou, também, associação significativa ( $p=0,03$ ) com relação às pessoas que tiveram a presença de um caso de tbc (além do caso atual), mostrando que os indivíduos que tiveram um caso da doença na família tiveram 33% mais probabilidade de conhecimento do que as pessoas que não tiveram nenhum e os indivíduos que tiveram dois ou mais casos (além do caso atual).

**Tabela 2.** Descrição das respostas corretas dos clientes com tuberculose e seus familiares na avaliação do conhecimento sobre a adesão ao tratamento da tuberculose no PCT. Rio Grande (RS), 2006. (n=150).

Conhecimento sobre adesão	N	%
<b>Acertos</b>		
Nenhuma correta	5	3,3
Uma correta	19	12,7
Dois corretas	36	24
Três corretas	90	60

**Tabela 3.** Respostas adequadas dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre adesão ao tratamento desta doença, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas relativas aos hábitos de vida e ao histórico individual e familiar de tuberculose, no PCT. Rio Grande (RS), 2006. (n=150).

Fator	Conhecimento adequado		p
	n	%	
Cliente			0,001
Doente tbc	51	75	
Família	39	47,5	
Idade			0,29
15 – 24	19	55,9	
25 – 44	34	59,7	
45 – 64	30	69,8	
65 ou mais	7	43,7	
Sexo			0,46
Feminino	44	57,1	
Masculino	46	63	
Cor			0,49
Não branca	24	64,9	
Branca	6	58,4	
Estado civil			1,0
Sem companheiro	42	60	
Com companheiro	48	60	
Alfabetizado			0,54
Não	12	66,7	
Sim	78	59,1	
Renda familiar PC (n=146)			0,2 *
Até 1/2 SM	31	55,4	
Mais de 1/2 até 1 SM	34	64,2	
Mais de 1 SM	25	67,6	
Classe social			0,46
Classe D e E	35	56,5	
Classe A,B e C	55	62,5	
Fumo			0,69
Não	42	61,8	
Fumante ou ex-fumante	48	58,5	
Bebida alcoólica			0,53
Não	70	61,4	
Sim	20	55,6	
Drogas ilícitas			0,80 #
Não	83	59,7	
Sim	7	63,6	
Nº de casos de tbc na família (n=148)			0,03
Nenhum	45	55,6	
Até um caso	30	79	
Dois ou mais casos	15	51,7	
Primeiro tratamento contra tbc (n=148)			0,80
Não	11	57,9	
Sim	79	61,2	
Parou o tratamento (n=146)			0,15
Não	83	62,9	
Sim	6	42,9	

\* Teste de tendência linear; # Teste de Fisher.

**Tabela 4.** Análise ajustada para avaliação do conhecimento dos clientes e familiares sobre adesão ao tratamento da tuberculose, segundo modelo de análise, no PCT. Rio Grande (RS), 2006.

Fator	RP	IC	P
Tipo de cliente <sup>a*</sup>			
Família	1		
Doente	1,64	1,25-2,15	0,001
Idade <sup>a</sup>			
15-24	1		
25-44	1,08	0,76-1,54	0,21 **
45-64	1,35	0,96-1,89	
65 ou mais	0,96	0,52-1,80	
Sexo <sup>a</sup>			
Feminino	1		
Masculino	1,04	0,80-1,34	0,76
Cor <sup>a</sup>			
Não Branca	1		
Branca	0,90	0,68-1,19	0,46
Estado civil <sup>b</sup>			
Sem companheiro	1		
Com companheiro	1,07	0,82-1,40	0,61
Alfabetizado <sup>b</sup>			
Não	1		
Sim	0,89	0,62-1,29	0,54
Renda familiar PC <sup>b</sup>			
Até 1 SM	1		
Mais de 1 SM	1,10	0,85-1,44	0,44
Classe econômica <sup>b</sup>			
Classe D e E	1		
Classe A, B e C	1,06	0,81-1,40	0,66
Fumo <sup>b*</sup>			
Não	1		
Fumante ou ex-fumante	0,84	0,65-1,08	0,19
Bebida alcoólica <sup>b</sup>			
Não	1		
Sim	0,91	0,66-1,28	0,62
Drogas ilícitas <sup>b</sup>			
Não	1		
Sim	0,96	0,60-1,53	0,87
Nº de casos de tbc na família (n=148) <sup>c*</sup>			
Nenhum	1		
Até um caso	1,33	1,04-1,70	0,03 **
Dois casos ou mais	0,90	0,60-1,34	
Casos de abandono (n=146) <sup>c</sup>			
Não	1		
Sim	0,73	0,39-1,36	0,32

<sup>a</sup> Variáveis do 1º nível; <sup>b</sup> Variáveis do 2º nível; <sup>c</sup> Variáveis do 3º nível; \* Modelo final; \*\* Valor de p para RP ≠ 1.

## Discussão

Este estudo mostrou uma baixa prevalência de conhecimento sobre continuidade do esquema terapêutico da tbc e que este conhecimento esteve associado à condição de ser portador desta patologia e ao fato de já haver ocorrido um caso desta doença na família.

Algumas limitações metodológicas podem ter afetado os resultados. A primeira delas refere-se ao fato de que algumas associações encontradas não obtiveram significância. Isto poderia ser atribuído à falta de poder estatístico. No entanto, ao se observar as RP que não foram significativas, poderá ser visto que a maioria delas situou-se perto da unidade. Assim, se realmente existiu

falta de poder, o efeito não encontrado seria pequeno.

Outro aspecto a ser considerado refere-se ao delineamento do estudo. Este foi um estudo transversal realizado com o intuito de medir prevalência e não com o objetivo de analisar relações causais, uma vez que não considera a temporalidade, mas permite explorar algumas associações que possam ser testadas com outros delineamentos futuros. Outra limitação poderia estar relacionada com um possível viés de memória. No entanto, este aspecto foi minimizado pela não inclusão dos clientes com término de tratamento superior a três meses. Citamos como outro aspecto metodológico as perdas. Acredita-se que houve subestimação das prevalências encontradas, uma vez que as perdas foram maiores entre o grupo dos portadores, os quais apresentaram melhor conhecimento sobre adesão ao tratamento da tbc e, portanto, a diferença entre este grupo com os familiares pode ser maior.

O presente trabalho encontrou uma prevalência geral de conhecimento sobre adesão ao tratamento da tbc de 60%. Esta prevalência pode ser considerada um valor baixo para efeito de cumprimento das metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, uma das quais estipula que deverão ser curados 85% dos clientes acometidos por esta enfermidade<sup>10</sup>. Com menos de dois terços de pessoas diretamente relacionadas ao problema com conhecimento adequado sobre adesão, é possível supor que o índice de cura estabelecido não será atingido, conforme as previsões. Supõe-se que quanto maior o conhecimento sobre a continuidade do tratamento, maiores são as chances de adesão ao mesmo. Assim, quanto menor o grau de conhecimento referente à continuidade do tratamento, menores são as probabilidades de adesão. Constatou-se uma prevalência de acertos para as três questões de 75% nos clientes com tbc e de 47,5% para os familiares. Ressalta-se que todos familiares pesquisados eram sabedores da ocorrência de tbc em seu domicílio. Também, com relação à prevalência de acertos para as três perguntas, evidenciou-se um percentual de 79% de acertos nos indivíduos que já tiveram um caso da enfermidade em questão na família, em relação aos que não tiveram nenhum (55,6%) e aos que tiveram dois ou mais casos (51,7%). Quando realizada a análise multivariada, o modelo final manteve associação significativa em relação ao conhecimento sobre adesão ao tratamento da tbc e o fator tipo de cliente, mostrando maior probabilidade de informação nos indivíduos aco-

metidos pela doença do que nos membros familiares. Da mesma forma, houve associação significativa no que se concerne ao fator referente à presença de casos de tbc na família, indicando que as pessoas que já tiveram um caso da doença na família apresentaram maior probabilidade de conhecimento do que os indivíduos que não tiveram nenhum ou já tiveram dois ou mais casos. Era de supor que o conhecimento sobre adesão fosse maior nas pessoas que já tiveram outros casos de tbc na família, porque a experiência prévia facilitaria o conhecimento atual. Este fato se confirma neste estudo quando mostra associação significativa entre conhecimento e presença de um caso de tbc na família. No entanto, não se encontra uma justificativa para a não ocorrência de associação nas pessoas que tiveram dois ou mais casos nos componentes familiares.

O estudo demonstrou que apenas 47,5% dos familiares tinham conhecimento sobre adesão ao tratamento da tbc. Uma das explicações para este baixo conhecimento dos membros familiares pode ser relacionado, talvez, pela não ocorrência de ações educativas envolvendo a família. Estudos comprovam a importância da inserção da família no processo de reabilitação do portador de tbc. Assim, a informação aos familiares propicia melhores resultados no processo de adesão ao tratamento<sup>7</sup>. Uma pesquisa salienta a importância de educação aos familiares, uma vez que se tornam suportes no controle de doenças<sup>6</sup>.

O conhecimento do enfermo de tbc quanto à doença é essencial para a eficácia do tratamento. Assim, o desconhecimento do portador de tbc frente a esta doença é um fator associado significativamente com a questão relacionada à interrupção do tratamento<sup>11</sup>.

Diante dos resultados deste estudo, pode-se questionar a efetividade da implantação da estratégia DOTS, quando realizada por um membro da família. Se comprovam as necessidades de maiores avaliações e a implementação de estratégias que abarquem as ações de educação em saúde destinadas aos componentes familiares.

Com relação aos outros fatores envolvidos, além do tipo de cliente, o nível de escolaridade e o sexo feminino seriam fatores que apontariam para um maior conhecimento frente a determinadas patologias, incluindo a tbc. Desta maneira, como hipóteses iniciais desta pesquisa, tinha-se que o conhecimento sobre adesão ao tratamento da tbc estaria relacionado com o grau de escolaridade e com o sexo. No entanto, observaram-se resultados diferentes com relação a estes fatores, não encontrando uma associação signifi-

ficativa entre eles. Outros estudos sobre conhecimento para outras patologias mostraram que o sexo feminino e a escolaridade foram importantes para um maior conhecimento. Entre eles, pode-se citar o estudo sobre o conhecimento quanto à prevenção do câncer de pele e sua relação com exposição solar<sup>12</sup>. Um trabalho sobre fatores associados ao uso de preservativo e ao conhecimento sobre DST/aids mostrou que sexo feminino e maior escolaridade associam-se a um maior conhecimento<sup>13</sup>. Conforme já mencionado, uma das explicações para a ausência de associações com essas variáveis sociodemográficas poderia estar relacionada com a falta de poder da amostra. Contudo, conforme explicado antes, ao se observar as RP encontradas para aqueles fatores que não se associaram significativamente, verifica-se que as mesmas representaram na maioria dos casos variações de até 10% para mais ou para menos, mostrando, assim, que pode não ter existido associação real. Outra justificativa encontrada para a não presença de associação com outros fatores pode estar relacionada com o fato da amostra do estudo ser muito homogênea em termos de características socioeconômicas. A tbc encontra-se ligada à pobreza e a má distribuição de renda<sup>10</sup>.

### **Considerações finais**

Os dados deste trabalho tornam evidente que, apesar de muitos avanços com relação à tbc, inclusive a cura da doença, ainda é preciso rever novas estratégias, a fim de controlar as altas taxas de tbc.

Os achados deste estudo apontam para a necessidade de intensificação de ações educativas, as quais necessitam ser direcionadas aos enfermos, seus familiares e comunidade.

Constata-se, assim, que esclarecimentos a respeito desta enfermidade tornam-se peças fundamentais para o controle da epidemia da tbc.

Acredita-se que os dados obtidos nesta pesquisa possam contribuir para um melhor entendimento dos aspectos que podem influenciar a questão de adesão ao tratamento da tbc, uma vez que a não continuidade da terapêutica preconizada é visualizada como um dos principais problemas encontrados no controle da doença. Acredita-se, também, que este estudo poderá vir a auxiliar na formulação de novas políticas para controle da tbc no Brasil, melhorando, assim, a qualidade da assistência prestada nos PCT e, conseqüentemente, favorecendo melhores índices de adesão ao tratamento.

### **Colaboradores**

SM Costa trabalhou na elaboração do projeto, pesquisa de campo, metodologia, análise e interpretação dos dados e na redação final do artigo. RA Mendoza-Sassi participou da elaboração do projeto, metodologia, análise e interpretação dos dados e da redação final do artigo. TP Teixeira e VA Leivas atuaram na elaboração do projeto, pesquisa de campo e redação final do artigo. MR César-Vaz participou da elaboração do projeto, metodologia e redação final do artigo.

## Referências

1. Organização Mundial de Saúde. **Un Marco Ampliado de DOTS para el Control Eficaz de la Tuberculosis. Alto a la Tuberculosis Enfermedades Transmisibles**. Ginebra: OMS; 2002.
2. World Health Organization. **Global tuberculosis control: surveillance, planning financing: WHO report**. Geneva: WHO; 2008.
3. World Health Organization. **Adherence to long-term therapies. Evidence for action**. Geneva: WHO; 2003.
4. Martínez GMC, Guiscafré GH, Fleitas EE, Cedillo HML, Muñoz-Cota MC, Muñoz HO. Factores que influyen en el abandono antituberculoso y valoración de un programa de vigilancia familiar. **Rev Méd IMSS**. 1982; 20:667-675.
5. Alvarez-Gordilho GC, Dorantes-Jimenez JE. Tratamiento acortado estrictamente supervisado para tuberculosis pulmonar. **Salud Publica de Mex**. 1998; 40 (3):272-275.
6. Pace AE, Nunes PD, Ochoa-Vigo K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Rev Latino-am Enfermagem** 2003; 11(3):312-319.
7. Orozco LC, Hernández R, de Usta CY, Cerra M, Camargo D. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. **Médicas UIS** 1998; 12:169-172.
8. Organização Mundial da Saúde. **Alianza Alto a la tuberculosis Stop TB. Plan Mundial para detener la tuberculosis**. Geneva: OMS; 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. [Cadernos de Atenção Básica nº 6]
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Mejía MJ, Carmona GE. Abandono del tratamiento antituberculoso: factores asociados. **Rev Méd IMSS**. 1995; 33(5):481-485.
12. Hora C, Batista CVC, Guimarães P B, Siqueira R, Martins S. Avaliação do conhecimento quanto a prevenção do câncer da pele e sua relação com exposição solar em frequentadores de academia de ginástica, em Recife. **An bras dermatol**. 2003; 78(6):693-701.
13. Martins LBM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Sousa MH, Pinto-Neto AM, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica** 2006; 22(2):315-323.

Artigo apresentado em 01/04/2008

Aprovado em 02/07/2008

Versão final apresentada em 19/07/2008