

Fatores associados ao conhecimento sobre tuberculose e atitudes das famílias de pacientes com a doença em Ribeirão Preto, São Paulo

Factors associated with knowledge about tuberculosis and attitudes of relatives of patients with the disease in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil

Isabela Moreira de Freitas¹, Marcela Paschoal Popolin¹, Michelle Mosna Touse¹, Mellina Yamamura¹, Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues¹, Marcelino Santos Neto¹, Juliane de Almeida Crispim¹, Ricardo Alexandre Arcêncio¹

RESUMO: *Objetivo:* Investigar o conhecimento das famílias sobre tuberculose e os possíveis fatores associados a essa ocorrência, além de efetuar uma análise comparativa dos grupos de familiares com conhecimento ou com pouco conhecimento quanto às suas atitudes para com o paciente com tuberculose. *Métodos:* Estudo de corte transversal de amostragem probabilística simples de familiares de pacientes com tuberculose diagnosticados entre 01 de janeiro de 2010 e 31 de julho de 2011 em Ribeirão Preto, São Paulo. Os dados foram coletados por meio de um instrumento validado e por entrevistadores treinados. A análise de regressão logística foi aplicada utilizando o SPSS versão 22.0. *Resultados:* Foram recrutados 110 familiares, dos quais 85 (87,5%) eram do sexo feminino, com idade média de 49 anos. Acerca do conhecimento dos sintomas da tuberculose, a tosse crônica foi referida por 102 (90,9%) familiares. Quanto ao modo de transmissão, 100 (90,9%) sujeitos referiram o portador de tosse crônica como provável fonte de transmissão. Outros modos de transmissão foram referidos como compartilhamento de roupas (n = 87; 79,1%); utensílios domésticos (n = 66; 60%) e até relação sexual (n = 50; 50%). Pessoas sem escolaridade (OR ajustado = 4,39; IC95% 1,11 – 17,36), que não assistem ou assistem pouco televisão (OR ajustado = 3,99; IC95% 1,20 – 13,26) e não tem acesso à Internet (OR ajustado = 5,01; IC95% 1,29 – 19,38) apresentaram mais chances de possuírem pouco conhecimento sobre a tuberculose. Independente do grupo com ou sem conhecimento, as atitudes tenderam a ser satisfatórias em ambos os grupos. *Conclusão:* Há evidências de que as desigualdades sociais estão associadas ao nível de conhecimento das famílias.

Palavras-chave: Conhecimento. Tuberculose. Atitude. Educação em saúde. Acesso aos serviços de saúde. Participação social.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Autor correspondente: Ricardo Alexandre Arcêncio. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Avenida dos Bandeirantes, 3900, CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: ricardo@eerp.usp.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), edital MCT/CNPq/14/2010 Universal, processo 482197/20; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), bolsas de Mestrado (processo 2011/16717-6) e Iniciação Científica (processo 2011/19786-9).

ABSTRACT: Objective: To investigate the knowledge regarding tuberculosis among relatives of patients with tuberculosis and the possible factors associated with this event and also to conduct comparative analyses between groups of relatives with or with few knowledge regarding tuberculosis, considering their attitudes in both groups. **Methods:** Cross-sectional study in which the sample was obtained through simple and randomized method. The data were collected by trained interviewers and validated tool. Logistic regression analyses were done using statistical software SPSS, version 22.0. **Results:** Among the 110 subjects recruited for the study, 85 (87.5%) were women, and the mean age was 49 years. Regarding common symptoms of tuberculosis, 102 relatives (90.9%) pointed the chronic cough; regarding the knowledge about tuberculosis transmission modes, 100 (90.9%) of them pointed symptomatic respiratory as the probable infection source. The relatives also reported other tuberculosis transmission models: sharing of clothes (n = 87; 79.1%) and household utensils (n = 66; 60%); sexual relations (n = 50; 50%). Illiterate relatives (adjusted OR = 4.39; 95%CI 1.11 – 17.36), those who do not watch or watch little television (adjusted OR = 3.99; 95%CI 1.2 – 13.26), and also those who do not have the Internet access (adjusted OR = 5.01; 95%CI 1.29 – 19.38) were more likely to have low knowledge regarding tuberculosis. Regardless the group, with or without tuberculosis knowledge, the attitudes of both were satisfactory. **Conclusion:** There are evidences that social inequity is associated to the tuberculosis knowledge of patient relatives. **Keywords:** Knowledge. Tuberculosis. Attitude. Health Education. Health Services Accessibility. Social Participation.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma das principais causas de morte entre as doenças infecciosas no mundo. Em 2012, aproximadamente 8,6 milhões de pessoas desenvolveram TB e 1,3 milhão morreu da doença. Destaca-se ainda que 2 bilhões de pessoas estão infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o que representa um substancial reservatório do patógeno, impondo consideráveis desafios às autoridades sanitárias para a eliminação da TB até 2050¹.

O Brasil ocupa a 16^a posição em número de casos e a 109^a posição em coeficiente de incidência. Desde 1990, o número de casos de TB vem caindo no país, sendo muito provável que alcance as Metas de Desenvolvimento do Milênio, de redução em 50% da incidência da doença¹.

Dentre as pesquisas produzidas no cenário nacional²⁻⁴, há evidências de que a disponibilidade da tecnologia médica para o diagnóstico ou tratamento por si só não tem implicado em melhoria do acesso aos serviços de saúde.

Estudos apontam que fatores culturais, ambientais e sociopolíticos são os determinantes desse processo⁵⁻⁷. Segundo autores, o conhecimento da população sobre a TB é um fator importante para se avançar no controle da doença⁸⁻¹¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o STOP TB lançaram em 2006 a *Advocacy, Communication and Social Mobilisation (ACSM)*¹², no intuito de conscientizar a população sobre a TB e estimular a participação comunitária no controle da doença.

Em países como Paquistão¹³ e Índia¹¹ já se verificam resultados promissores em relação ao conhecimento da população, a diminuição do tempo de espera na busca por serviços para o diagnóstico, adesão ao tratamento e redução do estigma social.

No Brasil, essa estratégia não foi introduzida de maneira formal e sistematizada nos serviços de saúde, o que impede uma avaliação direcionada ao programa.

Vale mencionar que TB é um conceito que se funde ao imaginário social da população, assim, crenças, valores, comportamentos em relação à doença podem ter influências nos projetos em saúde coletiva desenhados para o enfrentamento do agravo. Para autores, o conhecimento sobre a TB será um disparador para a busca de cuidado em saúde e qualidade dos resultados clínicos-epidemiológicos¹¹.

Entretanto, estudos sobre a temática no país são escassos, verificando-se a necessidade de investigações sobre os possíveis fatores associados a esse evento, estando eles não explorados e ou pouco compreendidos¹⁴⁻¹⁶.

No âmbito das políticas públicas¹⁷ preconiza-se o incremento de novas tecnologias com maior sensibilidade diagnóstica e terapias que reduzam o tempo de tratamento, todavia autores referem que o conhecimento de uma população sobre a problemática é que acaba por definir a aceitação e o uso dessas tecnologias¹¹.

Em uma revisão da literatura pode-se perceber um nível não satisfatório de conhecimento entre pacientes com TB no sistema prisional brasileiro¹⁸, a não compreensão do sentido da adesão ao tratamento por familiares no sul brasileiro¹⁴ e que muitas atitudes discriminatórias eram decorrentes da falta de conhecimento das comunidades sobre a TB¹³.

Estudos no Paquistão mostram que a educação, a renda e as condições de moradia parecem explicar o fenômeno⁸. Esses fatores também foram identificados por Ali et al.¹⁹ em famílias de pacientes com a doença. Assim, uma questão que se levanta é se tais fatores se aplicam às famílias no Brasil. Dessa forma, propôs-se investigar conhecimento sobre TB, possíveis fatores associados e efetuar uma análise comparativa dos grupos de familiares com conhecimento ou com pouco conhecimento quanto às suas atitudes com o paciente com TB em Ribeirão Preto, São Paulo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo, que possui aproximadamente 604.682 mil habitantes e está classificado como município polo e referência para os municípios circunvizinhos no que se refere às ações em saúde que exigem alta densidade tecnológica. A atenção à TB no município está centralizada em cinco Unidades Distritais de Saúde, em que cada unidade conta com um Centro de Referência para a assistência do doente de TB e família.

A população do estudo foi composta pelos familiares de pacientes diagnosticados com TB pulmonar entre 01 de janeiro de 2010 e 31 de julho de 2011, maiores de 18 anos e com tempo de tratamento mínimo de um mês.

No período do estudo foram identificados 180 casos confirmados de TB, desses, 5 (2,7%) foram excluídos por estarem em situação de confinamento e 32 (17,7%) por constar a informação de “zero comunicantes” no sistema de registro (TB-WEB).

Ao final, 153 casos foram considerados elegíveis à investigação. Optou-se por trabalhar com uma amostra mínima e aleatória simples sem reposição. Considerando um nível de confiança de 95%, erro amostral tolerável de 5%, uma perda de 10% e uma proporção estimada de 50% da população ($p = 0,5$) de possuir conhecimento correto sobre a tuberculose, a amostra mínima final definida para a investigação foi de 110 observações.

No estudo para cada caso de TB foi selecionado um familiar. Seguindo as recomendações de autores²⁰ foram selecionados apenas os familiares presentes no momento da entrevista, ou quando mais de uma pessoa, a primeira que atendesse o entrevistador.

Para o artigo foram considerados 12 itens de um instrumento elaborado pelos autores com base no material publicado pela OMS²¹. Destaca-se que o referido material é parte integrante do Programa ACMS e se destina a apoiar pesquisadores e gestores no desenvolvimento de instrumentos para avaliar conhecimento, atitudes e práticas relacionados à TB¹².

Cabe mencionar que o instrumento foi submetido à validação de conteúdo, na qual dez especialistas apreciaram e emitiram sugestões em relação à estrutura e conteúdo apresentados. Posteriormente, foi realizado um pré-teste do instrumento com dez familiares de pacientes com TB, para mensuração da sensibilidade cultural do mesmo e certificação da compreensibilidade pela população do estudo.

A dimensão do instrumento relacionada ao conhecimento sobre a doença foi constituída por questões fechadas sobre o agente causal da TB, fatores favoráveis ao adoecimento, modo de transmissão, sinais e sintomas, período de transmissibilidade, duração do tratamento e se as famílias haviam lido ou ouvido algo sobre TB. Os respondentes deveriam assinalar as respostas que considerassem corretas.

No tocante às atitudes, os itens estavam estruturados em escala do tipo Likert de cinco pontos (1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = às vezes; 4 = quase sempre; e 5 = sempre) e os participantes informaram a frequência com que percebiam a ocorrência de um evento.

O questionário também continha perguntas sobre as condições sociodemográficas, entre elas a renda (questão aberta), fontes de informação mais comumente consultadas pelas famílias, se recebiam visitas das equipes do tratamento diretamente observado (TDO) ou se o familiar estava em tratamento latente da TB.

Os serviços de saúde foram visitados pela equipe de entrevistadores para apresentação do estudo e atualização dos endereços dos participantes pelos profissionais de saúde. Na coleta de dados, contou-se com a participação de cinco entrevistadores, que receberam treinamento prévio e conduziram as entrevistas nos domicílios entre os meses de julho e agosto de 2011.

Os dados foram analisados por meio dos softwares STATISTICA 9.0 da StatSoft® e o SPSS para Mac. Inicialmente, levantou-se a frequência de respostas em relação aos itens de conhecimento, verificando-se, assim, o percentual de respostas corretas e incorretas.

Os critérios para correção das respostas foram pautados no Guia de Vigilância em Saúde publicado pelo Ministério da Saúde²².

Posteriormente, definiu-se um ponto de corte dos acertos, considerando o percentual médio de acertos dos participantes, sendo que acima de 60% foi considerado conhecimento, e abaixo, pouco conhecimento.

Foi realizada análise bivariada para testar associação entre conhecimento dos familiares (conhecimento e pouco conhecimento) e as variáveis independentes sociodemográficas dicotomizadas (idade, renda, escolaridade, desemprego, leitura de jornais, hábito de assistir à televisão) e de serviços de saúde (estar em TDO e tratamento latente da TB), quando então foi aplicado o teste do χ^2 , teste do χ^2 com correção de Yates ou teste exato de Fisher. A medida de associação considerada foi a *odds ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

A variável renda foi convertida em salários mínimos (SM), sendo calculada a renda mediana das famílias, na sequência a variável foi dicotomizada em acima ou abaixo do valor mediano.

Em seguida, procedeu-se a análise múltipla por meio da regressão logística binária com a estratégia de *stepwise manual backward - forward*. Nessa etapa foram selecionadas as variáveis mais significativas ($p < 0,2$) na análise bivariada.

Os autores certificaram a significância e a qualidade do modelo pelos testes de razão de verossimilhança e de Hosmer-Lemeshow. O nível de significância determinado para a permanência das variáveis no modelo foi fixado em alfa menor do que 5% ($p < 0,05$), da mesma forma que para os demais testes estatísticos considerados para o estudo.

Para testar as diferenças de médias entre as atitudes dos grupos com conhecimento e com pouco conhecimento no tocante às atitudes, os autores aplicaram o teste *t* de Student. Destaca-se que esse teste foi aplicado quando atendidos os critérios de normalidade e homocedasticidade de variância, sendo esses verificados respectivamente pelos testes de Shapiro Wilk e de Levene. Uma vez que esses critérios fossem violados, aplicou-se o teste de U de Mann-Whitney.

Nessa etapa, calculou-se a média dos escores alcançados em cada item de atitudes do instrumento e por grupo. A média alcançada foi obtida pela somatória dos escores dividindo pelo número de sujeitos em cada grupo. Os escores acima de quatro foram considerados satisfatórios; entre três e quatro, regulares e abaixo de três, não satisfatórios.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Todos os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos familiares observados na amostra. A média de residentes com os pacientes com TB foi de 4 pessoas, com desvio padrão (DP) de 1,79, sendo o mínimo 1 e o máximo 11 sujeitos. A idade média dos entrevistados

foi de 49 anos (DP = 16,74), com mínima de 18 e máxima de 84 anos. No tocante à renda familiar, a maioria dos sujeitos ganhava entre um e quatro salários mínimos.

Na Tabela 2, sobre conhecimento, pode-se observar que 32 (29,2%) familiares não sabiam o agente causal da TB e dentre os fatores favoráveis ao adoecimento, 43 (39,1%) deles referiram o etilismo. No tocante ao modo de transmissão, 100 (90,9%) familiares referiram, corretamente, que estar no ambiente com uma pessoa tossindo podia pegar a doença; no entanto outras formas de transmissão também foram apontadas, sendo que 87 (79,1%) sujeitos relataram o uso da mesma roupa; 66 (60%) referiram compartilhamento de pratos, talheres e copos; 61 (55,5%) a água contaminada e 50 (50%) a relação sexual.

A tosse foi reconhecida como o sintoma mais comum por 102 (92,7%) participantes, 100 (90,9%) familiares relataram dor no peito, 96 (87,3%) referiram perda de peso e

Tabela 1. Características sociodemográficas dos familiares e a relação de parentesco com os doentes de tuberculose, Ribeirão Preto, SP, 2011.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
18 – 29	18	16,3
30 – 59	63	57,2
≥ 60	29	26,5
Sexo		
Masculino	25	22,5
Feminino	85	87,5
Ocupação		
Aposentado	24	21,8
Desempregado	13	11,8
Do lar	24	21,8
Outras	49	44,5
Renda		
≤ 1 salário mínimo*	26	23,6
1 – 4,9 salários mínimos	64	58,1
≥ 5 salários mínimos	20	18,1
Escolaridade		
Sem escolaridade	12	10,9
Ensino fundamental	59	53,6
Ensino médio	33	30,0
Ensino superior	06	5,4
Relação familiar		
Avós	5	4,5
Esposo(a)	26	23,6
Filho(a)	12	10,9
Irmã(o)	18	16,3
Pais	32	29,0
Tio	04	3,6
Outros	13	11,8

*o salário mínimo vigente na ocasião da coleta de dados era de R\$ 545,00.

86 (78,2%) perda de apetite. Em relação ao período de transmissibilidade depois do início da terapia regular, apenas 20 (18,2%) familiares responderam corretamente e 37 (33,6%) não sabiam a resposta. Quanto à duração do tratamento, 71 (64,5%) familiares reportaram

Tabela 2. Conhecimento sobre tuberculose entre famílias de pacientes com a doença (n = 110) em Ribeirão Preto, SP, 2011.

Variáveis	n	%
Germe da tuberculose		
Vírus	36	32,7
Bactéria	35	31,8
Não sei	32	29,2
Outros	7	6,3
Fatores que favorecem o desenvolvimento da doença		
Etilismo	43	39,1
Outros	28	25,5
HIV	25	22,7
Não sabe	10	9,1
História na família	03	2,7
Diabetes	01	0,9
Modos de transmissão percebidos pelas famílias*		
Quando a pessoa tosse e se está no mesmo ambiente	100	90,9
Usar a mesma roupa	87	79,1
Uso comum de pratos, talheres e copos	66	60,0
Água contaminada	61	55,5
Relação sexual	50	50,0
Sinais e sintomas percebidos*		
Tosse	102	92,7
Dor no peito e costas	100	90,9
Perda de peso	96	87,3
Perda de apetite	86	78,2
Cefaleia	65	59,1
Suor a noite	45	40,9
Inchaço pernas	17	15,5
Manchas pelo corpo	10	9,1
Período de transmissibilidade após início do tratamento		
Outros	53	48,2
Não sabe	37	33,6
2 semanas (correto)	20	18,2
Duração do tratamento		
6 meses (correto)	71	64,5
Outros	26	23,6
Não sabe	13	11,8
Leu ou ouviu alguma informação sobre tuberculose		
Sim	101	91,8
Não	09	8,2

*questões não mutuamente exclusivas, com possibilidade de mais de uma resposta.

6 meses, que correspondia à sentença correta. Destaca-se que 101 (91,8%) participantes já tinham lido ou ouvido alguma informação sobre a doença.

Na Tabela 3 pode-se observar uma comparação entre os grupos de familiares com conhecimento ou com pouco conhecimento sobre TB. Verifica-se que as variáveis idade acima de 51 anos ($p = 0,02$), sem escolaridade ($p = 0,009$), não ler jornais (0,005), não assistir à televisão ou assistir pouco ($p = 0,041$) e não ter acesso à Internet ($p = 0,04$) foram estatisticamente significativas na análise bivariada.

Essas variáveis foram levadas à regressão logística (Tabela 4), confirmando, assim, que as pessoas sem escolaridade (OR ajustado = 4,39; IC95% 1,11 – 17,36), que não

Tabela 3. Análise bivariada dos fatores associados ao conhecimento sobre tuberculose das famílias de pacientes com a doença, Ribeirão Preto, SP, 2011.

Variáveis	Conhecimento		Pouco conhecimento		Análise bivariada		Valor p
	n	%	n	%	OR bruta	IC95%	
Idade (anos)							
≤ 51	46	55,4	8	29,6	1	–	
> 51	37	44,6	19	70,4	2,95	1,16 - 7,50	0,02*
Escolaridade							
Sim	78	94	20	74,1	1	–	–
Não	5	6	7	25,9	5,46	1,56 - 19,02	0,009*
Situação empregatícia							
Empregado	72	86,7	25	92,6	1	–	
Não empregado	11	13,3	2	7,4	0,52	0,10 - 2,52	0,51
Renda (SM)							
> 1,8	40	48,2	12	44,4	1	–	
≤ 1,8	43	51,8	15	55,6	1,16	0,48 - 2,78	0,73
Ler jornal							
Sim	53	63,9	9	33,3	1	–	
Não	30	36,1	18	66,7	3,53	1,41 - 8,83	0,005*
Assistir Televisão							
Muito	73	88	19	70,4	1	–	
Nunca ou pouco	10	12,0	08	29,6	3,07	1,06 - 8,85	0,041*
Acesso à internet							
Sim	34	41	03	11,1	1	–	
Não	49	59	24	88,9	5,55	1,54 - 19,91	0,04*
Tratamento Diretamente Observado							
Sim	70	84,3	24	88,9	1	–	
Não	14	15,7	3	11,1	0,67	0,17 - 2,56	0,757
Em tratamento TB latente							
Sim	15	18,1	5	18,5	1	–	
Não	68	81,9	22	81,5	0,97	0,31 - 2,97	1,000

OR: *Odds Ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SM: salário mínimo vigente na ocasião da coleta de dados (R\$ 545,00); *variáveis com valor $p < 0,20$ foram incluídas na análise de regressão múltipla.

assistem ou assistem pouco à televisão (OR ajustado = 3,99; IC95% 1,20 – 13,26) e sem acesso à Internet (OR ajustado = 5,01; IC95% 1,29 – 19,38) apresentam mais chances de pouco conhecimento sobre TB. De acordo com a função de verossimilhança, tal modelo se mostrou significativo ($p < 0,001$), apresentando boa adequação conforme o teste de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2 = 3,97$; $p = 0,554$). Os testes de Cox e Snell e Nagelkerke consideram que o modelo definido foi capaz de explicar, respectivamente, 18,4 e 27,4% das variações registradas na variável pouco conhecimento.

Na Tabela 5, ao realizar o cruzamento de variáveis atitudes das famílias com grupos que tinham conhecimento ou pouco conhecimento sobre a TB, não se observaram diferenças estatisticamente significativas em relação às suas médias. Em ambos os grupos, observa-se um padrão parecido de respostas, a maioria satisfatória (acima de 4). Embora não fossem estatisticamente significativas as diferenças entre os grupos, observou-se que a variável “evita falar sobre TB na presença de outros amigos e familiares” alcançou escores regulares, bem abaixo das outras variáveis investigadas.

Tabela 4. Análise de regressão logística múltipla dos fatores associados ao baixo conhecimento sobre tuberculose das famílias de pacientes com a doença, Ribeirão Preto, SP, 2011.

Variáveis	OR ajustada*	IC95%	Valor p
Idade acima dos 51 anos	1,07	0,330 – 3,45	1,068
Sem escolaridade	4,39	1,11 – 17,36	0,035**
Não assistir ou assistir pouca televisão	3,99	1,20 – 13,26	0,024**
Não ler jornal	2,22	0,75 – 6,52	0,156
Não ter acesso à Internet	5,01	1,29 – 19,38	0,019**

*OR: *Odds Ratio* ajustada para idade, escolaridade e fontes de informação; IC95%: intervalo de confiança de 95%;

**valor $p < 0,05$.

Tabela 5. Atitudes dos familiares segundo o seu grau de conhecimento sobre tuberculose, Ribeirão Preto, SP, 2011.

Atitudes	Conhecimento sobre tuberculose		Valor p
	Média ± DP (n = 27)	Média ± DP (n = 83)	
Sentimento de vergonha face à doença do familiar	4,53 ± 1,14	4,71 ± 0,95	0,43
Esconde dos parentes amigos e vizinhos que o familiar tem tuberculose	4,07 ± 1,46	4,23 ± 1,43	0,61
Evita falar sobre tuberculose na presença de outros familiares e amigos	3,18 ± 1,85	3,77 ± 1,58	0,10
Manifestou vergonha de sair com o paciente com tuberculose	4,78 ± 0,98	4,89 ± 0,50	0,14
Manifestou receio de ser identificado no serviço em que o familiar está tratando	4,75 ± 0,84	4,72 ± 0,85	0,87

DP: desvio padrão.

DISCUSSÃO

Propôs-se investigar o conhecimento das famílias sobre TB e os fatores relacionados ao conhecimento e, ainda, as atitudes de grupos de familiares com níveis distintos de conhecimento sobre a doença. Os resultados evidenciaram que o conhecimento apresentou associação estatisticamente significativa com a escolaridade e a acessibilidade à informação. Verificou-se também, que as atitudes dos familiares não diferiram em relação ao seu grau de conhecimento sobre a doença, observando-se respostas satisfatórias, tivessem os familiares conhecimento ou pouco conhecimento.

Ainda em relação ao conhecimento, os resultados do estudo mostram que a maioria das famílias reconhece a tosse como um sintoma importante da doença e relataram outros sintomas inclusive, como emagrecimento, dor no peito e sudorese noturna. Esses resultados corroboram o estudo conduzido em famílias no Paquistão¹⁹, todavia estudo na Etiópia com a comunidade observou uma proporção menor de pessoas que reconheciam os sintomas⁷.

Verificou-se que apesar das famílias destacarem pessoas com tosse crônica como potencial fonte de transmissão da doença, elas referem também como modo de transmissibilidade o uso comum de roupas e utensílios domésticos. Resultados similares foram encontrados por Ali et al.¹⁹ e Bati et al.⁷, o que suscita uma discussão sobre o isolamento e a segregação que os pacientes podem estar sujeitos pela percepção incorreta das famílias no que tange ao modo de transmissão.

O isolamento do paciente tem sido descrito em revisões sistemáticas²³ como um fator favorável aos abandonos e às descontinuidades terapêuticas. Destaca-se que 96% dos casos de multidrogarresistência aos tuberculostáticos que ocorrem no Brasil se devem justamente à forma adquirida²⁴, ou seja, à não adesão aos regimes terapêuticos prescritos. Assim, trabalhar com o conhecimento dessas famílias pode ter impacto na adesão e no sucesso de tratamento do paciente.

Em relação ao período de transmissibilidade, apenas 20% dos familiares responderam corretamente. Tal resultado remete à questão de vigilância em saúde, se os sujeitos não identificam o período crítico do tratamento podem continuar expostos às fontes bacilíferas, aumentando ainda mais suas chances de infecção pelo tempo de exposição²⁵. Há recomendação da interrupção da cadeia de transmissão o quanto antes, assim, ações de promoção da saúde devem ser introduzidas para o autocuidado das famílias, garantindo a segurança e a salubridade no ambiente domiciliar²⁵.

Há outras implicações também para o não conhecimento do período de transmissibilidade, como evidenciou um estudo no Paquistão no qual a comunidade isolou o paciente com TB não somente durante o tratamento da TB, mas também depois da conclusão²⁶.

Assim como em relação aos sintomas da doença, as famílias souberam responder corretamente sobre a duração do tratamento, tendo sido verificado nos resultados um número de acertos bem superior aos encontrados por Ali et al.¹⁹.

Dentre os fatores preditivos ao adoecimento inqueridos às famílias, o etilismo foi o mais destacado, talvez porque esse seja um problema mais recorrente nos seus contextos e perceptível à comunidade. Revisão sistemática conduzida por Lönnroth et al.²⁷ também apontou o alcoolismo como um fator de risco para o desenvolvimento da TB, todavia o HIV é o fator mais comumente descrito na literatura médica²⁸. Dentre os distintos modelos explicativos da TB, a teoria dos determinantes sociais parece fazer mais sentido, haja vista que não há somente um fator isolado que a determine, mas sim múltiplos fatores, das condições de vida às oportunidades de acesso aos serviços de saúde²⁹.

Os achados também apontaram que 91,8% da amostra havia lido ou ouvido alguma informação sobre a TB, número superior ao encontrado por Sreeramareddy et al.¹¹, de 89,3% na população geral indiana. Talvez os resultados pudessem até ser mais altos, haja vista que as famílias eram comunicantes de pacientes com TB.

Embora os resultados anteriormente descritos tenham apontado aspectos positivos quanto ao conhecimento das famílias acerca dos sintomas e do tempo de tratamento da doença, com exceção dos modos de transmissão, pode-se observar um número menor dos sujeitos (n = 27) com um conhecimento incipiente sobre a TB. Pessoas com baixa escolaridade, com acesso restrito à informação, estiveram mais fortemente predispostas a um conhecimento mais elementar.

Tais resultados acenam para uma problemática da TB, de que a doença impacta mais negativamente pessoas em situação de desigualdade social de renda e escolaridade, estando elas mais expostas à infecção, por residirem em áreas sem ventilação e com grandes aglomerações. Essa população também experimenta situações de demora do diagnóstico e do tratamento, erros no diagnóstico, utilizam os recursos alternativos em detrimento aos ofertados pelos serviços de saúde e tendem mais facilmente a apresentar uma baixa adesão e, por sua vez, resultados de tratamentos mais desfavoráveis²⁹.

Dentre as diversas estratégias erigidas para o enfrentamento do problema está a própria conscientização da comunidade sobre a doença por meio de ações educativas, de promoção da saúde. Turk et al.⁹ demonstraram importantes avanços nas comunidades do Paquistão depois que as questões sobre TB passaram a ser debatidas na mídia, através do rádio, televisão, jornais, entre outros.

No referido país, o programa ACSM foi introduzido em 2007 com recursos do Fundo Global, que além de veicular informações em massa sobre a doença pela mídia, uma vertente do programa se dedicou a sensibilizar jornalistas, líderes políticos e profissionais de saúde para a questão da TB.

No Brasil uma experiência foi iniciada entre os anos de 2008 e 2009, fomentada pelo Fundo Global, cujo símbolo trazia a figura de um “cata-vento” pela sua associação ao movimento e à circulação de ar, e que teve sua maior atividade nos anos acima. Com a saída do Brasil do grupo de beneficiários dessa agência, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade por esses serviços³⁰. Vale destacar que o acesso à mídia teve relação com o conhecimento, talvez pelo reflexo de investimentos.

Pode também explicar esse resultado o próprio fato dos pacientes familiares estarem em tratamento e assim suas famílias irem adquirindo conhecimento no curso do tratamento pela orientação dos profissionais e também aqueles conhecimentos pregressos, adquiridos na escola ou veiculados por campanhas no município.

Entretanto, vale destacar que muitas vezes esse conhecimento está imbricado ao senso comum, sem algum critério científico²³, o que pode ter algum impacto na qualidade de vida e no tratamento do paciente, como as segregações pelo não conhecimento do modo de transmissão da doença.

Desse modo, é importante que a informação veiculada se transforme em conhecimento nos diferentes estratos sociais da população e ocasione mudanças de comportamentos e de atitudes. Para tal, Hargreaves et al.²⁹ propõem um modelo de proteção social mais estruturado, com projetos educacionais mais robustos e políticas públicas de melhoria de distribuição e geração de renda.

Um relatório da Organização Pan-Americana de Saúde³¹ demonstrou avanços do país nessa direção, entretanto, as desigualdades sociais ainda são persistentes, verificando-se lacuna entre ricos e pobres; brancos, negros e indígenas; áreas urbanas e rurais; e entre homens e mulheres. O relatório destaca os êxitos alcançados com o Sistema Único de Saúde e o Programa Bolsa Família (PBF).

Não se verificou no estudo se as famílias com pouco conhecimento sobre TB estavam cobertas pelo PBF, dessa forma, seria interessante trazer esse resultado em investigações futuras, até para verificar o impacto do programa em termos de conhecimento. Outro resultado é que não há evidências de que o TDO contribua para o conhecimento das famílias, talvez porque haja outras variáveis explicativas, como a centralidade da atenção no paciente e não na família, como apontado em outras investigações no estado de São Paulo³².

Estar em tratamento latente da TB também não implicou em conhecimento, o que preocupa, porque são familiares em alto risco de adoecerem. Se eles têm pouco conhecimento podem ocorrer as descontinuidades terapêuticas e abandonos e esse também seria um tema importante para se investigar em estudos posteriores.

No tocante às atitudes, pode-se verificar que, independente do grau de conhecimento, as famílias tenderam a manifestar atitudes satisfatórias em relação ao paciente com TB, o que também foi observado em outro estudo¹⁹. Um aspecto também evidenciado no estudo é que as famílias evitam falar sobre TB na presença de amigos ou outras pessoas. Tal resultado leva à suposição de que elas estariam evitando um tema que, de certo modo, lhes causa constrangimentos, haja vista o estigma social no entorno da doença³³.

Estudos evidenciam que atitudes discriminatórias em decorrência do estigma da TB têm grandes influências no horizonte clínico da doença, haja vista que os pacientes podem não buscar diagnóstico e refutar as terapias prescritas^{5,7}. Isso tem impacto na comunidade, porque essas pessoas podem continuar transmitindo a TB, com o agravante da resistência aos medicamentos³⁴.

Todavia, o estudo não evidenciou qualquer atitude discriminatória das famílias para com os pacientes, observando uma ambiência favorável de apoio e continuidade do cuidado. Uma observação que precisa ficar registrada, no entanto, já documentada em outro estudo sobre atitudes, é que as respostas dadas pelos participantes podem ser aquelas socialmente aceitáveis e não refletirem com acurácia os seus pontos de vista³⁵. Esse é um viés de difícil controle em estudos que envolvam o objeto.

Como limitações, tem-se que a investigação é de corte transversal, portanto há vieses comuns a esse tipo de estudo, como o de informação, de memória e da causalidade reversa. Outra limitação é o próprio conceito de conhecimento, que tem diversas definições, portanto, de difícil mensuração, especialmente por aplicação de questionário. Ainda no estudo não foi verificado o efeito do tempo do tratamento no conhecimento das famílias sobre TB, o que valeria um novo estudo numa perspectiva longitudinal. Reforça-se que a OMS²¹ tem valorizado estudos com essa temática no sentido de mostrar as evidências científicas do problema e da importância da consciência sanitária acerca da TB.

A oferta da tecnologia para o diagnóstico e tratamento da TB por si só não sustenta um projeto de melhoria do acesso aos serviços, é importante emparelhá-los e mobilizar novas parcerias, como a mídia televisiva, serviços de informática e cibernética para propagar informações sobre a doença.

Um trabalho recente publicado chama a atenção para novas configurações dos sistemas de saúde na agenda mundial do pós-2015³⁶, mais arrojados, complexos, interativos, dinâmicos, que evoluam com a própria sociedade, incorporando outras tecnologias para um cuidado em saúde mais resolutivo, com resultados mais significativos. Sem dúvidas que com tais inovações o Brasil estará avançando rumo às metas de eliminação da doença até 2050.

CONCLUSÃO

O estudo revelou conhecimento satisfatório das famílias em relação ao modo de transmissão, sintomas e duração do tratamento. Especialmente no tocante ao modo de transmissão, equívocos apareceram, como associar a transmissão da doença ao uso comum de copos, talheres, roupas e até à relação sexual, todavia o portador de tosse crônica foi altamente referido como fonte de infecção.

Quanto aos fatores associados, pode-se averiguar que pessoas sem escolaridade, que não assistem ou pouco assistem à televisão e que não possuem acesso à Internet apresentam maiores chances de pouco conhecimento sobre TB. Independente do grau de conhecimento das famílias, as atitudes delas com os pacientes com TB tenderam a ser satisfatórias. Não há evidências de que o TDO esteja associado ao conhecimento das famílias.

É importante avançar com estudos dessa natureza no sentido de subsidiar gestores e profissionais quanto à evidência da problemática investigada e o quanto o conhecimento de uma comunidade sobre a doença tem influências nos resultados das ações produzidas pelos serviços de saúde, e assim colaborar na implementação das metas de eliminação da TB.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2013. Geneva: WHO; 2013.
2. Wysocki AD, Ponce MAZ, Scatolin BE, Andrade RLP, Vendramini SHF, et al. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(2): 440-7.
3. Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS, et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(2): 207-16.
4. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino Netto A, Kritski AL, Figueredo TMRM, Vendramini SHF, et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 389-97.
5. Abebe G, Deribew A, Apers L, Woldemichael K, Shiffa J, Tesfaye M, et al. Knowledge, health seeking behavior and perceived stigma towards tuberculosis among tuberculosis suspects in a rural community in southwest Ethiopia. *PLoS One* 2010; 5(10): e13339.
6. Anochie PI, Onyeneke EC, Onyeozirila AC, Igbolekwu LC, Onyeneke BC, Ogu AC. Evaluation of public awareness and attitude to pulmonary tuberculosis in a Nigerian rural community. *Germs* 2013; 3(2): 52-62.
7. Bati J, Legesse M, Medhin G. Community's knowledge, attitudes and practices about tuberculosis in Itang Special District, Gambella Region, South Western Ethiopia. *BMC Public Health* 2013; 13: 734.
8. Mushtaq UM, Majrooh MA, Ahmad W, Rizwan M, Luqman MQ, Aslam MJ, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis in two districts of Punjab, Pakistan. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010; 14(3): 303-310.
9. Turk T, Newton FJ, Netwon JD, Naureen F, Bokhari J. Evaluating the efficacy of tuberculosis Advocacy, Communication and Social Mobilization (ACSM) activities in Pakistan: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2013; 13: 887.
10. Nglazi MD, Bekker LG, Wood R, Shey MS, Uthman OA, Wiysonge CS. The impact of mass media interventions on tuberculosis awareness, health-seeking behaviour and health service utilization: a systematic review protocol. *BMJ Open* 2014; 4(1): e004302.
11. Sreeramareddy CT, Harsha Kumar HN, Arokiasamy JT. Prevalence of self-reported tuberculosis, knowledge about tuberculosis transmission and its determinants among adults in India: results from a nation-wide cross-sectional household survey. *BMC Infect Dis* 2013; 13: 16.
12. World Health Organization (WHO). Advocacy, communication and social mobilization (ACSM) for tuberculosis control: a handbook for country programmes. Geneva: WHO; 2007.
13. Haq Z, Khan W, Rizwan S. Advocacy, communication and social mobilisation for tuberculosis control in Pakistan: a qualitative case study. *Int J Tuberc Lung Dis* 2013; 17(3): 394-9.
14. Costa SM, Mendoza-Sassi, RA, Teixeira TP, Leivas VA, César-Vaz MR. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS). *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16 (Suppl 1): 1427-35.
15. Freitas IM, Crispim JA, Pinto IC, Villa TCS, Brunello MEF, Pinto PFPS, et al. Conhecimento e percepção sobre tuberculose das famílias de pacientes em tratamento diretamente observado em um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(3): 642-9.
16. Queiroz AAR. O conhecimento e as atitudes das famílias de pacientes em tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde [dissertação de mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2012.
17. Kritski AL, Villa TS, Trajman A, Silva JRL, Medronho RA, Ruffino-Netto A. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(Suppl 1): 9-14.
18. Ferreira Junior S, Oliveira HB, Marin-Léon L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(1): 100-13.
19. Ali SS, Rabbani F, Siddiqui UN, Zaidi AH, Sophie A, Virani SJ, et al. Tuberculosis: do we know enough? A study of patients and their families in an out-patient hospital setting in Karachi, Pakistan. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7(11): 1052-8.
20. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de Amostragem. São Paulo: Blucher; 2005.
21. World Health Organization (WHO). Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. Geneva: WHO; 2008.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2 edição. Revisada. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica – n° 21. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
23. Chang SH, Cataldo JK. A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. *Int J Tuberc Lung Dis* 2014; 18(2): 168-73.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
25. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the investigation of contacts of persons with infectious tuberculosis: recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC. *MMWR* 2005; 54 (RR15): 1-47.
26. Khan A, Walley J, Newell J, Imdad N. Tuberculosis in Pakistan: socio-cultural constraints and opportunities in treatment. *Soc Sci Med* 2000; 50(2): 247-54.
27. Lönnroth K1, Williams BG, Stadlin S, Jaramillo E, Dye C. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis - a systematic review. *BMC Public Health* 2008; 8: 289.
28. Harries AD, Zachariah R, Corbett EL, Lawn SD, Santos-Filho ET, Chimzizi R. The HIV-associated tuberculosis epidemic--when will we act? *Lancet* 2010; 375(9729): 1906-19.
29. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JD. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health* 2011; 101(4): 654-62.
30. Brasil. Portal Brasil. Encerramento do Projeto Fundo Global TB – Brasil (FGTB). Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/06/governo-analisa-a-possibilidade-de-deixar-de-usar-recursos-do-fundo-global-contra-aids>. (Acessado em 10 de dezembro de 2014).
31. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Saúde nas Américas: panorama regional e perfis de países. Publicação Científica e Técnica No. 636. Washington, DC: OPAS; 2012. Disponível em: <http://bit.ly/Qz6C28>. (Acessado em 01 de março de 2014).
32. Arcêncio RA, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Pinto IC, Villa TC. City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(5): 527-31.
33. Crispim JA, Fiorati RC, Queiroz AAR, Pinto IC, Palha PF, Arcêncio RA. Tuberculose no contexto das famílias: as vivências de familiares e pacientes acometidos pela doença. *Rev Enferm* 2013; 21 (1): 606-11.
34. Yadav SP, Mathur ML, Dixit AK. Knowledge and attitude towards tuberculosis among sandstone quarry workers in desert parts of Rajasthan. *Indian J Tuberc* 2006; 53:187-95.
35. Gelaw M, Genebo T, Dejene A, Lemma E, Eyob G. Attitude and social consequences of tuberculosis in Addis Ababa, Ethiopia. *East Afr Med J* 2001; 78(7): 382-8.
36. Russell E, Swanson RC, Atun R, Nishtar S, Chunharas S. Systems thinking for the post-2015 agenda. *Lancet* 2014; 383(9935): 2124-5.

Recebido em: 10/03/2014

Versão final apresentada em: 15/07/2014

Aceito em: 25/09/2014