

SILVANA MONTEIRO COSTA

**CONHECIMENTO DOS CLIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR E SEUS
FAMILIARES SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO E FATORES ASSOCIADOS,
NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS**

RIO GRANDE

2007

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**CONHECIMENTO DOS CLIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR E SEUS
FAMILIARES SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO E FATORES ASSOCIADOS,
NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS**

SILVANA MONTEIRO COSTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem a indivíduos e grupos sociais

Orientador: Prof. Dr. Raúl Andrés Mendoza - Sassi

Rio Grande

2007

C823c Costa, Silvana Monteiro.

Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento, e fatores associados, no município do Rio Grande/RS. / Silvana Monteiro Costa. – 2007. 103p.

Orientador: Prof. Dr. Raúl Andrés Mendoza – Sassi. - Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, 2007.

1. Enfermagem. 2. Tuberculose. 3. Conhecimento. 4. Tratamento. 5. Adesão. I. Título

Catálogo na Fonte : Janine R. Nunes CRB 10/ 1723

SILVANA MONTEIRO COSTA

CONHECIMENTO DOS CLIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR E SEUS FAMILIARES SOBRE ADEÇÃO AO TRATAMENTO E FATORES ASSOCIADOS, NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

Mestre em enfermagem

e aprovada na sua versão final em 13 de abril de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Wilson Danilo Lunardi Filho
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr. _____
Raúl Andrés Mendoza – Sassi
Presidente (Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande/RS)

Dr. _____
Jorge Umberto Béria
Membro (Universidade Luterana do Brasil – ULBRA - Canoas/RS)

Dr. _____
Wilson Danilo Lunardi Filho
Membro (Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande/RS)

Dr^a. _____
Maria Cristina Flores Soares
Suplente (Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande/RS)

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Ao meu amado Leonardo, aos meus pais Agapito e Bárbara e aos demais familiares.

Ao meu orientador Prof. Dr. Raul pela dedicação e competência.

A Vânia, Tarso, Ana, Raquel, Priscila, Luciana, Letícia pelo auxílio na coleta de dados.

A amiga Thaíze pela amizade.

A amiga Patrícia pelo auxílio na coleta de dados.

Aos colegas Renan e Maria da Penha pela amizade.

Aos clientes e seus familiares pela participação nesta pesquisa.

RESUMO

COSTA, Silvana Monteiro. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande/RS. 2007. 103 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

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 PCT (Programa de Controle da Tuberculose) do município do Rio Grande-RS e seus familiares com idade igual ou superior a 15 anos, totalizando 150 clientes, sendo 68 portadores de tuberculose e 82 familiares dos mesmos. A prevalência de conhecimento encontrada foi de 60,0%. A análise multivariada mostrou que o conhecimento sobre adesão esteve associado com a condição de ser portador de tuberculose (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 direcionadas aos enfermos, familiares e comunidade.

Descritores: Conhecimento. Tratamento. Tuberculose.

ABSTRACT

COSTA, Silvana Monteiro. Knowledge of clients who suffer of pulmonary tuberculosis and their family members concerning the adherence of the treatment and associated factors in Rio Grande-RS. 2007. 103 p. Dissertation (Nursing Master`s degree) – Post Graduation Program in Nursing. Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

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. Tuberculosis clients who receive health care from PCT (Tuberculosis Control Program) in Rio Grande-RS and their family members(15 years old or more) were interviewed. The final number was 150 clients: 68 tuberculosis clients and 82 family members. The prevalence of the knowledge was 60.0%. 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 existance 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.

Descriptors: knowledge. Treatment. Tuberculosis.

RESUMEN

COSTA, Silvana Monteiro. Conocimiento de los clientes con tuberculosis pulmonar y sus familiares sobre la adherencia al tratamiento y factores asociados, en el municipio de Rio Grande-RS. 2007. 103 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado em Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudio transversal tuvo por objetivo determinar la prevalencia del conocimiento sobre la adherencia al tratamiento de la tuberculosis que los clientes con tuberculosis pulmonar y sus familiares poseen acerca de esta enfermedad y factores asociados. Fueron entrevistados los portadores de tuberculosis atendidos en el PCT (Programa de Control de la Tuberculosis) del municipio de Rio Grande-RS y sus familiares con edad igual o superior a 15 años, totalizando 150 clientes, siendo 68 portadores de tuberculosis y 82 familiares de los mismos. La prevalencia del conocimiento encontrado fue de 60,0%. El análisis multivariado mostró que existe una asociación significativa con el conocimiento sobre la adherencia y la condición de ser portador de tuberculosis (razón de prevalencia: 1,64; intervalo de confianza de 95%:1,25-2,15) y con el hecho de haber sucedido un caso de tuberculosis en la familia (razón de prevalencia: 1,33; intervalo de confianza de 95%:1,04-1,70). Se comprueba que el conocimiento sobre la adherencia es bajo, evidenciando así, la necesidad de acciones educativas direccionadas a los enfermos, a los familiares y a la comunidad.

Descripción: Conocimiento. Tratamiento. Tuberculosis.

LISTA DE TABELAS

1-Descrição das características demográficas dos clientes com tuberculose e seus familiares, no PCT do município do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	45
2-Descrição das características sócio-econômicas dos clientes com tuberculose e seus familiares, no PCT do município do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	46
3-Descrição das características dos hábitos de vida dos clientes com tuberculose e seus familiares. PCT do município do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	47
4-Descrição dos antecedentes de outros casos de tuberculose e tratamentos entre os portadores e seus familiares. PCT do município do Rio Grande-RS, 2006. (n=150)....	48
5-Descrição dos antecedentes de outros casos de tuberculose e tratamentos entre os portadores de tuberculose, cadastrados no PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=68).....	49
6-Descrição das respostas dos clientes com tuberculose e seus familiares na avaliação do conhecimento sobre a adesão ao tratamento da tuberculose. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	50
7-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação à freqüência de comparecimento à unidade de saúde para retirada de medicamentos , segundo as variáveis demográficas e sócio-econômicas. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	52
8-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação à freqüência de comparecimento à unidade de saúde para retirada de medicamentos , segundo as variáveis relativas aos hábitos de vida da população estudada. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	53
9-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre freqüência de comparecimento à unidade de saúde para retirada de medicamentos , segundo as variáveis relativas ao histórico individual e familiar de tuberculose. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	54
10-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação à periodicidade de ingestão de comprimidos , segundo variáveis demográficas e sócio-econômicas. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	56
11-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação à periodicidade de ingestão de comprimidos , segundo as variáveis relativas aos hábitos de vida da população estudada. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	57
12-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação à periodicidade de ingestão de comprimidos , segundo as variáveis relativas ao histórico individual e familiar de tuberculose. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	59
13-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação ao tempo de tratamento , segundo variáveis demográficas e sócio-econômicas. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	61
14-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação ao tempo de tratamento , segundo as variáveis relativas aos hábitos de vida da população estudada. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	62
15-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação ao tempo de tratamento , segundo as variáveis relativas ao histórico individual e familiar de tuberculose da população estudada. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	63

16- Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre adesão ao tratamento desta doença, segundo as variáveis demográficas e sócio-econômicas. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	65
17- Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre adesão ao tratamento desta patologia, segundo as variáveis relacionadas aos hábitos de vida. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).....	66
18- Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre adesão ao tratamento desta enfermidade, segundo as variáveis relacionadas ao histórico individual e familiar de tuberculose. PCT do Rio Grande-RS, 2006.....	68
19- Análise ajustada para avaliação do conhecimento dos clientes e familiares sobre adesão ao tratamento da tuberculose, segundo modelo de análise.....	70

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 HIPÓTESES	19
4 MARCO REFERENCIAL	20
4.1 A tuberculose e seus aspectos de interesse	20
4.2 Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS)	26
4.3 A relevância do conhecimento dos clientes portadores de tuberculose e seus familiares sobre a adesão ao tratamento da enfermidade e a importância de práticas educativas ampliadas na tuberculose	29
5 METODOLOGIA	33
5.1 Tipo de estudo	33
5.2 População alvo	33
5.3 Amostra	33
5.4 Variáveis	35
5.4.1 Dependente	35
5.4.2 Independentes	36
5.4.2.1 Variáveis demográficas	36
5.4.2.2 Variáveis sócio-econômicas	36
5.4.2.3 Hábitos de vida	37
5.4.2.4 Histórico individual e familiar da tuberculose	38
5.5 Instrumentos para coleta de dados	39
5.6 Seleção e treinamento dos entrevistadores	39
5.7 Estudo piloto	40
5.8 Processamento e análise dos dados	40
5.9 Logística	41
5.10 Modelo de análise hierárquico	42
5.11 Controle de qualidade	43

5.12 Aspectos éticos	43
6 RESULTADOS	44
6.1 Perfil da amostra pesquisada	44
6.1.1 Características demográficas e sócio-econômicas da população estudada	44
6.1.2 Características dos hábitos de vida dos clientes com tuberculose e seus familiares	47
6.1.3 Histórico individual e familiar da tuberculose	47
6.1.4 O conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre a adesão ao tratamento da doença	49
6.2 Análise do conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose, segundo as características dos indivíduos estudados	50
6.2.1 Análise do conhecimento da amostra estudada, sobre freqüência de comparecimento à unidade de saúde para retirada de medicamentos, segundo as variáveis examinadas	50
6.2.2 Análise do conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre periodicidade de ingestão de comprimidos, segundo as variáveis estudadas	54
6.2.3 Análise do conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação ao tempo de tratamento, segundo as variáveis examinadas	59
6.2.4 Análise do conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre a adesão ao tratamento da tuberculose, conforme as variáveis estudadas	64
6.3 Fatores relacionados com o conhecimento sobre a adesão ao tratamento da tuberculose	68
7 DISCUSSÃO	71
8 CONCLUSÕES	78
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	85

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose, doença infecto-contagiosa, é uma enfermidade com distribuição universal. Essa patologia persiste como um grande problema de saúde pública no mundo. Situação esta, que requer uma atenção urgente (OMS, 2002 a).

As iniciativas mundiais atuais para o controle desta enfermidade possuem três dimensões: humanitária, de saúde pública e econômica. Aliviar a enfermidade, o sofrimento e a morte dos indivíduos infectados pelo bacilo da tuberculose é a principal inquietude humanitária. Na dimensão da saúde pública estão incluídos o diagnóstico e o tratamento adequado dos enfermos, a fim de reduzir a transmissão da enfermidade dentro das comunidades. Esta doença ocasiona consideráveis custos diretos e indiretos aos indivíduos e a sociedade. A dimensão econômica desta patologia relaciona-se com a redução destes custos, minimização da pobreza, e promoção do desenvolvimento (OMS, 2002 a).

A análise da situação mundial revela que a enfermidade encontra-se diretamente relacionada com a pobreza, a má distribuição de renda e à crescente urbanização. A associação da doença com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), juntamente com a resistência aos fármacos têm alertado o mundo para a necessidade de medidas eficazes para seu controle (OPAS, 2001; BRASIL, 2004).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença, a infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), constitui-se no fator mais importante (OMS, 2002 a; BRASIL, 2002 c). A interação tuberculose e HIV ocasiona sérias implicações sob o ponto de vista de saúde pública, uma vez que a infecção por este vírus acarreta a imunodeficiência e conseqüentemente à suscetibilidade a infecções, incluindo a tuberculose (OMS, 2002 b). Assim, a tuberculose é uma das primeiras complicações entre as pessoas infectadas pelo vírus da AIDS, aparecendo antes de outras infecções, em decorrência da maior virulência do bacilo. A tuberculose em locais com alta prevalência de HIV, torna-se a principal causa de morbidade e mortalidade; e o HIV está a alimentar a epidemia da tuberculose. Por isso, as dificuldades para controle da tuberculose no mundo tornaram-se aumentadas com o aparecimento da AIDS (BRASIL, 2002 c).

De acordo com o relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde da Organização Mundial de Saúde, a enfermidade tuberculose é uma das causas mais

comuns entre as doenças infecciosas. Calcula-se que aproximadamente um terço da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo da tuberculose) e cerca de 5 a 10% dos infectados irão tornar-se doentes em algum momento de suas vidas (WHO, 2001). No ano de 2003, cerca de 1,7 milhões de pessoas morreram pela doença, incluindo os casos de co-infecção pelo vírus da AIDS (229.000) (WHO, 2005). De acordo com o 8º relatório, da OMS, países como a Rússia, a Uganda e o Brasil tiveram uma baixa taxa de sucesso no tratamento, ou seja, menos de 70% (WHO, 2004). É estimado que ocorreram 370.000 novos casos de tuberculose em 2002, nas Américas; o que resultou em 53.000 óbitos (OPAS, 2004).

A tuberculose é vista como um problema prioritário de saúde no Brasil, que em conjunto com outros 21 países em desenvolvimento, são responsáveis por 80% dos casos mundiais da doença. Entre esses países, o Brasil se encontra na 15ª posição (BRASIL, 2004). No ano de 1998, o coeficiente de mortalidade por esta patologia, foi de 3,5 por 100.000 habitantes. No entanto, esse coeficiente de mortalidade não representa a realidade do país, pois parte dos indivíduos infectados não são diagnosticados nem registrados oficialmente (BRASIL, 2002 a). Calcula-se uma prevalência de 50 milhões de infectados e estima-se que anualmente ocorram 111.000 casos novos e 6.000 óbitos de tuberculose (BRASIL, 2004).

Com a finalidade de minimizar esse sério problema de saúde pública, o Ministério da Saúde, através do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), pactuou algumas metas junto à Organização Mundial de Saúde (OMS) para controle da tuberculose, das quais duas destas deveriam ser atingidas até 2007. Assim, as metas pactuadas foram as seguintes: manter detecção de no mínimo 70% dos casos estimados da doença anualmente; tratar de maneira correta 100% dos casos de tuberculose diagnosticados e curar no mínimo 85% destes; manter o abandono em valores consideráveis (5%); expandir o tratamento supervisionado para 100% das unidades de saúde dos municípios vistos como prioritários e pelo menos para 80% dos bacilíferos destas cidades até 2007; manter atualizado o sistema de registro dos casos diagnosticados e 100% de resultado do tratamento; aumentar para 100% o número de indivíduos sintomáticos respiratórios examinados (2004/2007) e disponibilizar exame anti-HIV para 100% de todos adultos com a doença em questão. Frente ao exposto, percebe-se que o Brasil encontra-se abaixo das metas

estipuladas no PNCT, necessitando a realização de maiores esforços para controle da doença (BRASIL, 2004).

No estado do Rio Grande do Sul, ocorrem aproximadamente cerca de 5 mil casos novos e 300 mortes anuais. Com relação à co-infecção tuberculose/HIV no estado do Rio Grande do Sul, o número de casos de tuberculose com esta associação foi de 537 casos no ano de 1998, 612 em 1999, 996 em 2000, 1014 em 2001, 1140 em 2002 e 1118 no ano de 2003 (RIO GRANDE DO SUL/ SECRETARIA DA SAÚDE). Neste estado, vinte e um municípios encontram-se com maior incidência de tuberculose, ou seja, com 75% das notificações e entre eles encontra-se a cidade do Rio Grande (RIO GRANDE DO SUL/ SECRETARIA DA SAÚDE). De acordo com o PNCT, Rio Grande é um dos municípios vistos como prioritário para a implantação do tratamento supervisionado (BRASIL, 2004).

Frente às argumentações expostas, percebe-se que ainda há muito a fazer para controle e eliminação desta doença. Desta forma, muitos obstáculos dificultam este processo e o maior deles diz respeito à adesão dos clientes com tuberculose à terapêutica preconizada (WHO, 2003 b). A não conclusão do tratamento implica casos de resistência aos fármacos e persistência da fonte de infecção. Os indivíduos por não assentirem ao esquema terapêutico utilizado para tratamento da tuberculose, tornam-se clientes crônicos tanto da doença quanto do serviço. Desta forma, a não adesão ao tratamento tem sido vista como uma das graves falhas do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para combater a doença (BRASIL, 2002 c).

Pesquisas demonstram que muitos fatores influenciam para o não seguimento do tratamento da tuberculose. Autores como Natal et al. (1999), Ferrer et al. (1991), Ferreira et al. (2004), Bergel; Gouveia (2005), relataram em suas pesquisas que a baixa escolaridade aponta para um maior risco de interrupção da terapia. De acordo com Ferrer et al. (1991), Cummings et al. (1998), Orozco et al. (1998), Lima et al. (2001), Oliveira; Moreira Filho (2000), Bergel; Gouveia (2005), a utilização de bebidas alcoólicas está associada ao não seguimento da terapêutica. Em estudo realizado na cidade de Pelotas, Costa et al. (1998), relataram que a cor não branca é um fator de risco para não adesão. Ferrer et al. (1991), Lima et al. (2001), Oliveira; Moreira Filho (2000), Kaona et al. (2004), salientam que as reações colaterais das medicações são fatores que dificultam a continuidade do tratamento. A dependência

a drogas ilícitas e a ausência de lar, também são responsáveis pelas irregularidades no tratamento (CUMMINGS et al., 1998).

Também como fator responsável pela não continuidade do esquema de tratamento utilizado contra a tuberculose encontra-se a ausência de trabalho fixo (FERRER et al. 1991; BERGEL; GOUVEIA, 2005). Segundo Ferrer et al. (1991), Gonçalves et al. (1999), o fato de ser solteiro ou separado predispõe a interrupção da terapia medicamentosa. Ruffino - Netto (2000) salienta que a distância entre o estabelecimento de saúde e a residência do cliente, ocasiona a não adesão ao regime de tratamento. Problemas de ordens institucionais também são fatores para uma menor concordância com o tratamento. Oliveira; Moreira Filho (2000) apontam que as irregularidades nos serviços de saúde como falhas no agendamento de consultas, falta de fornecimento de medicações e orientação inadequada de clientes doentes contribuem para a ingestão irregular das drogas tuberculostáticas.

Estudo como o de Martínez et al. (1982) relatam que a falta de informação sobre a doença é um fator que contribui para a não adesão. Nesse mesmo sentido, a pesquisa realizada por Alvarez - Gordilho; Dorantez - Jiménez (1998), apontou como uma das conseqüências para não continuidade do tratamento, a falta de conhecimento dos clientes com tuberculose sobre a enfermidade que possuem. Assim, conclui-se que a informação ao cliente sobre seu tratamento torna-se um fator de extrema relevância para o assentimento ao tratamento.

Visualiza-se também que as atividades educativas direcionadas aos membros familiares são importantes para o processo de reabilitação do cliente doente, uma vez que a família constitui-se em uma fonte de suporte para o tratamento da doença; de forma a possibilitar adesão (PACE et al, 2003). Para isso, torna-se indispensável, a informação sobre a enfermidade, aos familiares. Para salientar esta colocação menciona-se o estudo desenvolvido por Orozco et al. (1998), o qual refere que o risco de não conclusão da terapia medicamentosa aumenta quando a família não está informada sobre a doença.

Diante deste problema de grande preocupação mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou no ano de 1993, a situação da tuberculose como um estado de urgência, alertando para a necessidade de maiores esforços para seu controle (OMS, 2003).

A estratégia DOTS (Directly Observed Therapy Short Course /Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração), refere-se a uma das medidas mais

eficazes para controle da enfermidade tuberculose (OMS, 2002 a). O DOTS consiste na supervisão da ingestão dos medicamentos por um profissional de saúde ou por um membro da família (BRASIL, 2002 a). Este enfoque de tratamento facilita o processo de adesão ao tratamento, propiciando assim maiores probabilidades de cura da doença (OMS, 2000). Entende-se que o executor desta atividade necessita dispor de conhecimentos quanto à doença e em especial quanto à continuidade do tratamento.

Em pesquisa realizada por Alvarez - Gordilho; Dorantez - Jiménez (1998), os autores destacaram que o modelo DOTS demonstrou ser a atividade mais importante para controlar a patologia em questão, por elevar as taxas de cura e reduzir as fontes de transmissão da doença. Um estudo realizado por Smirnoff et al. (1998), salienta que a estratégia DOTS também mostrou-se efetiva, com a finalidade de proporcionar cura da doença.

Considerando o fato de que os clientes acometidos por tuberculose, 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; busca-se investigar o conhecimento do qual os clientes com tuberculose e seus familiares, possuem com relação à adesão ao tratamento desta enfermidade. Assim, pretende-se determinar: qual é a prevalência de clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares, que possuem conhecimento do que vem a ser um indivíduo aderente ao tratamento desta doença; e quais são os fatores relacionados a este conhecimento?

Diante da escassa literatura existente sobre o tema desta pesquisa e visualizando-se o conhecimento sobre a continuidade do esquema terapêutico recomendado para tratamento da enfermidade tuberculose por parte dos clientes com tuberculose e seus familiares 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 comprova-se o interesse e a necessidade em desenvolver este estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Determinar o conhecimento que os clientes acometidos de tuberculose pulmonar e seus familiares, possuem sobre adesão ao tratamento desta doença; e descrever o perfil dos mesmos.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar a prevalência de clientes portadores de tuberculose pulmonar e seus familiares, que possuem conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose;
- Conhecer as características demográficas, sócio-econômicas; os hábitos de vida e o histórico individual e familiar dos indivíduos com a enfermidade tuberculose e seus familiares;
- Identificar os fatores associados ao conhecimento dos clientes portadores de tuberculose e seus familiares sobre adesão ao tratamento desta doença;

3 HIPÓTESES

Levantam-se as seguintes hipóteses:

- Os clientes portadores de tuberculose possuem mais conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose do que seus familiares.
- O conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose pelos clientes com tuberculose e seus familiares é baixo.
- O conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose pelos portadores de tuberculose e seus membros familiares encontra-se relacionado com a classe social e grau de escolaridade dos indivíduos. Pessoas com classe social alta e maior escolaridade, possuem mais conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose, do que indivíduos com nível social precário e grau de escolaridade baixo.
- O conhecimento dos enfermos acometidos de tuberculose e seus familiares com relação adesão ao tratamento, encontra-se relacionado com o sexo. As mulheres são mais informadas do que os homens.

4 MARCO REFERENCIAL

4.1 A tuberculose e seus aspectos de interesse

A tuberculose é uma enfermidade infecto-contagiosa, ocasionada por um bacilo (ISEMAN, 2001; BRASIL, 2002 a). Os aspectos característicos da patologia referem-se a um período de latência, geralmente prolongado entre a infecção inicial e a doença manifesta. A infecção inicial transforma-se em doença pulmonar proeminente (embora outros órgãos possam ser atingidos) e resposta granulomatosa associada à grande inflamação e intensa lesão dos tecidos (ISEMAN, 2001).

O microorganismo responsável pela tuberculose humana é o *Mycobacterium tuberculosis*; também denominado bacilo de Koch (BRASIL, 2002 a). Os bacilos (pequenas micobactérias), são aeróbicos obrigatórios. Este fato explica sua capacidade de causar doenças em tecidos altamente oxigenados (LEVINSON; JAWETZ, 1998; ISEMAN, 2001). Estas micobactérias são relativamente resistentes aos métodos convencionais de coloração. As células coradas com carbol de fucsina não podem ser descoloradas com álcool ou ácido, e desta forma são denominadas como álcool-ácido resistentes. Esta particularidade reflete a composição incomum da parede celular, que possui grandes quantidades de lipídios (TORTORA et al., 2003; MURRAY et al., 2000).

O *M. tuberculosis* possui formato de bastão, é resistente à desidratação, e por este motivo consegue sobreviver em escarros eliminados no ambiente. Esta propriedade torna-se um ponto altamente importante na transmissão por meio de aerossóis (LEVINSON; JAWETZ, 1998). Os bacilos também são extremamente resistentes aos antimicrobianos químicos utilizados como anti-sépticos e desinfetantes (TORTORA et al., 2003).

O microorganismo causador da tuberculose humana cresce de forma muito lenta, ou seja, tem um tempo de geração de 18 horas. Devido a essa característica, as culturas de amostras clínicas devem ser mantidas por um período de 6 a 8 semanas antes de serem diagnosticadas como negativas (ISEMAN, 2001; LEVINSON; JAWETZ, 1998).

No que diz respeito à transmissão da tuberculose, o Guia de Vigilância Epidemiológica, elaborado pelo Ministério da Saúde, refere que a transmissão é plena quando o indivíduo doente estiver eliminando bacilos e não estiver realizando o esquema terapêutico preconizado. O doente com tuberculose pulmonar bacilífera ao tossir, espirrar ou falar; lança no ar gotículas contendo bacilos. As gotículas mais pesadas se depositam rapidamente e as mais leves ficam no ar em suspensão. Os núcleos secos das gotículas (núcleo de Wells) que possuem um diâmetro de até 5 μ e com 1 a 2 bacilos em suspensão, podem atingir os bronquíolos e a partir daí iniciar a infecção. As gotículas médias são geralmente retidas pela mucosa do trato respiratório superior e removidas dos brônquios por meio do mecanismo mucociliar. Assim, estes bacilos removidos são deglutidos; e após sofrerem a ação do suco gástrico são inativados e eliminados através das fezes (BRASIL, 2002 b). Dessa forma, a infecção é transmitida quase que exclusivamente, por meio de aerossolização das secreções respiratórias contaminadas (ISEMAN, 2001; LEVINSON; JAWETZ, 1998).

Para que o processo de infecção se estabeleça, os bacilos necessitam atingir os espaços aéreos distais dos pulmões: os alvéolos, onde não são expostos à depuração mucociliar brônquica. Uma vez depositados nos alvéolos, os microorganismos responsáveis por causar tuberculose adaptam-se, de forma a promover a sua captação por macrófagos alveolares que, conforme, as características inatas geneticamente determinadas, podem tornar-se mais ou menos permissivos à multiplicação bacilar. A transmissão por meio de fomitos não desempenha um papel relevante na transmissão da patologia tuberculose (ISEMAN, 2001).

O bacilo de Koch não produz endotoxinas nem exotoxinas. As lesões dependem da presença do microorganismo, bem como da resposta do hospedeiro (ISEMAN, 2001; LEVINSON; JAWETZ, 1998). De acordo com Levinson; Jawetz, (1998) há dois tipos de lesões (exsudativas e granulomatosas). As lesões exsudativas são decorrentes de uma resposta inflamatória aguda e as granulomatosas decorrem de uma área central de células gigantes contendo um tubérculo envolto por células epiteliais. Denomina-se tubérculo um granuloma circundado por tecido fibroso com uma área de necrose central. O processo de cicatrização dos tubérculos se dá por fibrose e calcificação.

A lesão primária da patologia tuberculose acontece nos pulmões. A lesão parenquimatosa exsudativa e os linfonodos são chamados complexo de Ghon. Estas lesões ocorrem nos lobos inferiores, e as lesões de reativação acontecem nos ápices.

Após a infecção pelo agente etiológico da tuberculose, transcorrem aproximadamente, 4 a 12 semanas para a detecção das lesões primárias. A grande parte dos novos casos de tuberculose pulmonar acontecem em torno de 12 meses após a infecção inicial (BRASIL, 2002 b).

Por ser a tuberculose uma doença de início insidioso, geralmente os clientes relatam queixas inespecíficas de tosse, perda de peso, mal-estar e sudorese noturna. A produção de escarro pode se apresentar de forma escassa ou sanguinolenta e purulenta. A eliminação de escarro com hemoptise está associada à destruição tecidual; por exemplo, doença cavitária (TORTORA et al., 2003).

O diagnóstico da tuberculose é baseado no exame específico (baciloscopia e cultura); radiológico; prova tuberculínica; anatomo-patológico (histopatológico e citopatológico) e bioquímico. Os exames sorológicos e de biologia molecular, apresentam grande utilidade no diagnóstico precoce da tuberculose. Entretanto seu alto custo e complexidade, os inviabilizam como exames de rotina. Seu uso encontra-se restrito a centros de pesquisa (BRASIL, 2002 b).

A baciloscopia de escarro consiste no método de diagnóstico prioritário, pois permite a descoberta da fonte mais importante de infecção que é o doente bacilífero. É um método de diagnóstico simples e seguro. Ela deverá ser indicada para todos os sintomáticos respiratórios (pessoa com tosse e expectoração por quatro semanas ou mais) e para o acompanhamento mensal da evolução bacteriológica do cliente, durante o tratamento.

É recomendado para diagnóstico de tuberculose, a coleta de duas amostras de escarro: uma em decorrência da primeira consulta e a outra na manhã do dia seguinte, ao despertar.

A cultura do bacilo de Koch é indicada para indivíduos suspeitos de tuberculose pulmonar persistentemente negativos ao exame direto e em casos de suspeita de resistência bacteriana às drogas, acompanhado de teste de sensibilidade.

O exame radiológico de tórax é utilizado para sintomáticos respiratórios negativos a baciloscopia direta; comunicantes de todas as faixas etárias sem sintomatologia respiratória; e portadores de HIV ou doentes com AIDS.

O exame radiológico desses grupos de indivíduos permite a seleção de portadores de imagens suspeitas de tuberculose, sendo imprescindível a realização de exame bacteriológico para o diagnóstico correto.

A prova tuberculínica deverá ser realizada como um método auxiliar para o diagnóstico da tuberculose em clientes não vacinados com BCG. A prova tuberculínica positiva, isoladamente, sugere apenas infecção e não necessariamente a doença propriamente dita. Em indivíduos vacinados com BCG, pode haver dificuldades na sua interpretação, pois a vacina pode torná-la positiva. A tuberculina utilizada no Brasil é o PPD-Rt23; aplicada na dose de 0,1 ml, por via intradérmica, na face anterior do antebraço esquerdo, com seringa tipo tuberculina, de 1ml. A efetuação da leitura deverá ser executada 72 a 96 horas após aplicação, com o uso de régua milimetrada padronizada. O resultado, em milímetros, é interpretado da seguinte forma: 0-4 mm - não reator (não infectados); 5-9 mm - reator fraco (infectados pelo bacilo da tuberculose, por micobactérias atípicas ou vacinados com BCG); 10 mm ou mais - reator forte (infectados pelo bacilo de Koch, doentes ou não, ou indivíduos vacinados com BCG).

Todos os clientes infectados pelo vírus HIV devem realizar o exame de prova tuberculínica. Nessas situações, é considerado reator aquele que apresenta induração maior ou igual a 5 mm. Valores de 0 a 4 mm, considera-se como não reator.

No exame anátomo-patológico (histológico e citológico), a biópsia deve ser realizada para as formas extrapulmonares. No material coletado deverá ser realizado o exame direto, a cultura e o exame anátomo-patológico para identificar o bacilo da tuberculose. Os exames bioquímicos são mais utilizados em casos de tuberculose extrapulmonar.

Conforme o Manual Técnico para o Controle da Tuberculose, elaborado pelo Ministério da Saúde (2002 a), são estabelecidos esquemas de tratamento, os quais são mencionados abaixo.

O esquema I (básico) é recomendado para casos novos de tuberculose pulmonar e extrapulmonar. Há duas fases de tratamento: na primeira fase (2 meses) utilizam-se drogas como a Rifampicina (R), a Isoniazida (H) e Pirazinamida (Z); na

segunda fase (4 meses) as drogas usadas neste período de tratamento são a Rifampicina (R) e a Isoniazida (H). Este esquema de tratamento também recebe a denominação de primeira linha (RHZ).

O tempo de tratamento poderá ser prolongado na segunda fase, nas situações em que a evolução clínica inicial, não tenha sido satisfatória, ou em casos de tuberculose extrapulmonar. Desta forma, o tempo de tratamento deverá ser prorrogado por um período de 3 meses.

O esquema II é indicado em casos de meningite tuberculosa. As medicações utilizadas neste esquema são as mesmas referidas no esquema I, consistindo, desta forma, em dois períodos de tratamento: na primeira fase (2 meses) utilizam-se drogas como a Rifampicina (R), a Isoniazida (H), Pirazinamida (Z); na segunda fase (7 meses). As medicações usadas neste período de tratamento são a Rifampicina (R) e a Isoniazida (H).

Nos indivíduos que possuem, ao mesmo tempo, a forma meningoencefálica e qualquer outra localização, deve ser usado o esquema II.

O esquema básico (esquema I), ao qual é associado o Etambutol (esquema I **R**eforçado/ esquema IR) deve ser empregado em situações de recidiva após cura ou retorno após abandono do esquema I. Na primeira fase de tratamento, que tem duração de 2 meses, devem ser utilizadas as seguintes medicações: Rifampicina (R), Isoniazida (I), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E). Na segunda fase de tratamento (4 meses), usa-se Rifampicina (R), Isoniazida (H) e Etambutol (E).

O esquema III é empregado em situações de falência de tratamento do esquema I e esquema IR. A primeira fase de tratamento (3 meses) consiste no emprego das seguintes drogas: Estreptomicina (S), Pirazinamida (Z), Etambutol (E), Etionamida (Et). Na segunda fase (9 meses), utiliza-se Etambutol (E) e Etionamida (Et). Este esquema de tratamento também é conhecido por SZEEt/EEt.

As medicações para tratamento da tuberculose podem apresentar reações adversas. Os efeitos adversos menores, como irritação gástrica, febre, prurido cutâneo, neuropatia periférica, cefaléia, podem ser resolvidos nas unidades básicas de saúde. Os efeitos colaterais maiores, como exantemas, crise convulsiva, hepatotoxicidade, vertigem, nefrite intersticial, requerem atendimento especializado, em unidades de referência.

Os tuberculostáticos devem ser ingeridos diariamente, em uma única dose, de preferência em jejum. Em situações de intolerância gástrica, as drogas devem ser ingeridas juntamente com uma refeição.

O acompanhamento do tratamento é umas das condições básicas para o êxito do mesmo. Por isso, é relevante a realização mensal de baciloscopia de controle, sendo imprescindíveis as do 2º, 4º e 6º meses de tratamento, no esquema I e esquema básico associado ao Etambutol (esquema IR). Nos casos do esquema III e esquemas especiais é necessária a realização de baciloscopia no 3º, 6º, 9º e 12º meses. É relevante, nas consultas médicas mensais e/ou de enfermagem, a identificação de queixas e de sintomas que possam auxiliar na avaliação da evolução da patologia.

Quanto ao tratamento da Tuberculose Multidrogarresistente (TBMDR), este deve ser executado por uma equipe multiprofissional especializada, em centros de referência (BRASIL, 2002 a). A OMS (2000) define que a TBMDR é ocasionada pela ingestão irregular, parcial, ou incorreta; e se refere a uma forma específica da tuberculose, resistente ao menos a isoniazida e a rifampicina; sendo estes medicamentos considerados os mais potentes de primeira linha. Na região da América a resistência global inicial oscila entre 5 e 40%, com uma média de 15, 8% (OPAS, 2003).

4.2 Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS)

A OMS vem priorizando a implantação da estratégia DOTS, desde o ano de 1993 (OMS, 2003). Como já mencionado, o modelo DOTS refere-se à supervisão da ingestão dos medicamentos utilizados no tratamento da tuberculose, em uma unidade de saúde ou na residência do cliente; garantindo que o indivíduo doente os tome em uma única dose diária. Esta atividade pode ser assistida por um profissional de saúde e/ou por um membro da família devidamente informado para esta prática, em um local de escolha do cliente. A supervisão da ingestão de comprimidos deverá ser efetuada com pelo menos três observações semanais, nos primeiros dois meses de tratamento e uma observação por semana até o final do esquema terapêutico (BRASIL, 2002 a).

Conforme a OMS (2002 a), o modelo DOTS contempla 5 elementos para controle da patologia, os quais são: 1. compromisso político para o controle eficaz da tuberculose; 2. detecção de casos por baciloscopia, entre as pessoas sintomáticas; 3. regime de tratamento padronizado, com administração em condições adequadas de manejo, incluindo a observação direta; 4. fornecimentos ininterruptos dos fármacos, garantindo qualidade e adequados sistemas de distribuição; 5. sistemas de registro e notificação, que permitam a avaliação dos resultados do tratamento de clientes, bem como avaliação geral dos programas de combate à tuberculose.

O tratamento por meio de supervisão objetiva reduzir a mortalidade, a morbidade e a transmissão da doença. Visa à prevenção de resistência aos fármacos. Procura minimizar o sofrimento humano, a carga econômica e social que a família e as comunidades têm de suportar em decorrência da patologia (OMS, 2002 a). A OMS (2003) destaca que este método de tratamento constitui um modelo para melhora dos serviços de saúde.

De acordo com a OMS (2003), a estratégia DOTS tem proporcionado a cura de mais de 10 milhões de indivíduos contaminados com o bacilo da tuberculose. Em algumas partes da China, a taxa de cura entre os casos novos tem sido de 96%.

Em 2001, 155 países (de 210), implantaram o DOTS; o que corresponde a uma cobertura de 61% (WHO, 2003 a). Em 2002, acrescentaram-se mais 25 países, correspondendo a uma cifra atual de 180 países e uma cobertura de 69% (WHO, 2004).

No ano de 2003, na IV Reunião do Stop/TB, foi relatado que no México houve cerca de 90% de cobertura da população com a estratégia DOTS. Este êxito do México deve - se ao fortalecimento e intensificação do programa e à consolidação da colaboração interinstitucional (OPAS, 2003).

No Peru, o uso do modelo DOTS, tem conduzido a um êxito de tratamento de 91% (OMS, 2000). Nas Américas, o Brasil é o país que apresenta a maior carga de tuberculose. No ano de 1997, elaborou-se um projeto para iniciação da implantação da estratégia DOTS em quatro Estados da região Centro – Oeste. A implantação da estratégia ocorreu no ano de 1998, porém há a necessidade do fortalecimento das ações de capacitação e supervisão dos programas, em níveis municipais e estaduais (OPAS, 2000).

Desde a introdução do modelo DOTS, em inícios dos anos 90, relevantes progressos tem sido visualizados no controle da doença. Ainda que apreciável este progresso, não tem sido suficiente para controle da enfermidade (WHO, 2002). Esta mesma instituição refere que a pobreza no mundo tem aumentado, e que os pobres são os mais afetados, correspondendo a 95% de todos os casos. Destaca também, que 98% das mortes por tuberculose, ocorrem em países com precários recursos.

Apesar da taxa mundial de prevalência de tuberculose ter diminuído com a expansão do modelo DOTS, entre 1990 e 2003, de 309 a 245 por 100.000 e 5% em 2002 e 2003; a taxa de incidência segue aumentando (WHO, 2005).

Entre os obstáculos existentes na expansão do DOTS, existem cinco de grande importância, que são o escasso número de pessoas habilitadas, e ausência de comprometimento político, a fraqueza dos serviços de laboratório, a gerência inadequada da tuberculose resistente aos fármacos e a associação da tuberculose com o HIV. No que diz respeito à resistência aos medicamentos, poucos países dispõem de uma política nacional para o diagnóstico e o tratamento correto da TBMDR. Com relação à associação tuberculose e HIV, são poucos os indivíduos com esta doença submetidos ao exame de HIV (WHO, 2005).

O programa de doenças infecciosas de Harvard reuniu 50 estudiosos para avaliar as políticas de controle da tuberculose. O encontro foi composto pela OMS, Programa Mundial de Controle da Tuberculose, Academia Americana de Artes e Ciências e entidades não governamentais. Representantes de fundações, agências e indústrias farmacêuticas, também se fizeram presentes. Vários resultados foram obtidos no encontro, dentre eles mencionou-se a necessidade de esforços

complementares para o tratamento da tuberculose resistente. Foi abordado que o DOTS-plus deveria ser mais efetivo em locais onde o DOTS já havia sido instituído (FARMER; KIM, 1998).

A OMS (2000) define DOTS-plus, como uma iniciativa para manejo da tuberculose resistente. Dessa forma, o DOTS-plus, baseia em medidas específicas, como o uso de medicamentos de segunda linha contra a tuberculose em locais onde há importantes casos de resistência aos fármacos. Essa mesma instituição, destaca que a meta do DOTS-plus é prevenir o desenvolvimento e a posterior disseminação de resistência a drogas tuberculostáticas. O passo fundamental centra-se na execução adequada de DOTS, de forma a prevenir os casos de resistência aos medicamentos; devendo assim ser o primeiro passo para combater esse grave problema de resistência medicamentosa.

Muitos desafios dificultam a execução e expansão das atividades de controle da doença em questão. Vários destes problemas são decorrentes de uma fraca vontade política para trazer melhoras para o sistema de saúde. Os serviços de saúde pública precisam melhorar a capacidade de manter e expandir o modelo DOTS. Frente ao alto grau de associação da enfermidade tuberculose com o vírus HIV, ao aparecimento de resistência às medicações; a implantação e extensão desse marco torna-se cada mais relevante. A estratégia percebe o acesso na atenção à tuberculose como um direito de todo ser humano e visualiza o controle desta enfermidade como um bem social (OMS, 2002 a).

Deste modo, entende-se que o modelo DOTS é indicado como forma de aumentar a adesão do doente ao esquema de tratamento, evitando assim a disseminação da patologia.

4.3 A relevância do conhecimento dos clientes portadores de tuberculose e seus familiares sobre a adesão ao tratamento da enfermidade e a importância de práticas educativas ampliadas na tuberculose

A adesão às medidas estabelecidas para tratamento envolve um processo comportamental complexo, ocasionado por uma série de fatores, os quais relacionam-se ao indivíduo como: faixa etária, sexo, classe social, conhecimentos, convicções. Há fatores relacionados à doença, ao tratamento, bem como aqueles relacionados ao ambiente do cliente, tais como apoios sociais, particularidades dos serviços, bem como da equipe de saúde (WHO, 2003 b). Segundo esta mesma instituição, a adesão na terapia é o principal fator determinante para o sucesso no tratamento. A não continuidade do tratamento medicamentoso ocasiona consideráveis custos ao sistema de saúde.

Frente aos inúmeros fatores responsáveis por interrupções na terapia medicamentosa utilizada no tratamento contra a tuberculose, destaque será dado às práticas de educação em saúde, as quais envolvem problemas de ordens institucionais.

Pesquisas comprovam que os clientes doentes de tuberculose não possuem conhecimento com relação à doença. Este fato é visualizado no estudo desenvolvido por Kaona et al. (2004), que destacam a melhora dos sintomas nas primeiras semanas de tratamento, como uma das razões de não conclusão da terapia. Situação esta, que é ocasionada pela falta de conhecimento dos indivíduos, em completar o tratamento em curso. Os trabalhos realizados por Lima et al. (2001), Kaona et al. (2004), salientam que os indivíduos não possuem informações em relação à forma de transmissão e prevenção da patologia, pois as pessoas mencionaram o uso de objetos, como por exemplo, xícaras, como forma de contágio. Transmissões por meio de relações sexuais com pessoa portadora de tuberculose, e de mãe para filho na hora do parto, foram também mencionados (KAONA et al., 2004).

Um estudo constatou que clientes não aderentes, não possuíam esclarecimentos sobre os efeitos decorrentes da interrupção da terapia medicamentosa, enquanto que os clientes aderentes conheciam mais sobre a gravidade da doença e a importância de seguir adequadamente o tratamento

(SURMATOJO et al., 1997). Nesse contexto, percebe-se que a informação ao cliente torna-se essencial para uma melhor adesão ao esquema terapêutico.

Trabalhos também demonstram que a informação sobre a doença por parte dos membros familiares torna-se de fundamental importância para sucesso do tratamento. Martínez et al. (1982), realizaram uma pesquisa com 40 famílias de clientes com tuberculose. Em 20 famílias, todos os envolvidos aderiram corretamente à terapia. Nas outras 20 famílias alguns indivíduos não aderiram ao tratamento. Dez famílias deste grupo de interrupção do esquema terapêutico ingressaram em um programa de vigilância familiar. Desta forma, todos os clientes, destas 10 famílias, aceitaram ingerir os medicamentos corretamente e obtiveram a cura. Verificou-se em estudo realizado na Índia, que 56% dos enfermos que completaram o esquema terapêutico preconizado para tuberculose, em oposição a outros (28%) que não seguiram a terapia medicamentosa, enfatizaram a importância da família durante o período de reabilitação do doente (BARNHOORN; ADRIAANSE, 1992).

O suporte da família no processo de tratamento da tuberculose torna-se indispensável para adesão à terapia medicamentosa. Assim, os familiares, na visão do enfermo, representam uma importante fonte de apoio (VENDRAMINI, 2001).

Nesse sentido, e reportando-se a estratégia DOTS, salienta-se que os componentes familiares, enquanto supervisores desta prática, necessitam de esclarecimentos quanto à doença e em especial quanto à continuidade do tratamento para que a adesão ao esquema terapêutico seja obtida.

Complementando o acima explicitado, as ações de educação em saúde, encontram-se norteadas por concepções pedagógicas diferentes, as quais direcionam diferentes formas de atuação (BORDENAVE, 1999).

Na pedagogia da transmissão, a educação se torna uma ação de depósito de informações. Desta maneira, ao invés de se comunicar, o educador faz "comunicados" e depósitos que os educandos recebem passivamente. Essa concepção bancária da educação permite que o ato educativo se estabeleça como prática de dominação (FREIRE, 1987). De acordo com este mesmo autor, na visão bancária do ato educativo, "o saber" é uma doação daqueles que se consideram sabedores aos que se acham nada conhecer. O educador, que aliena a ignorância, permanece em posições fixas, invariáveis; será sempre o que sabe, enquanto os

educandos serão sempre visualizados como indivíduos que nada sabem. A rigidez destas posições permite que a educação não se estabeleça.

Essa abordagem reducionista, não considera outros fatores que influenciam o estado de saúde, tais como o ambiente físico e cultural, nos quais os problemas de saúde acontecem. A saúde é uma experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico, a qual envolve os aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como suas inter-relações com o meio ambiente natural e social. Desta forma, a saúde, não pode ser compreendida sob uma ótica reducionista (CAPRA, 2000). Conforme este autor, a concepção sistêmica da vida visualiza o mundo em termos de relações de integração. Os sistemas envolvem propriedades integradas, as quais não podem ser simplificadas a unidades menores. As propriedades sistêmicas acabam-se quando um sistema é dissecado em elementos menores.

O ato de educar não pode ser uma ação destinada ao depósito de conteúdos, mas sim, um ato de educação apoiado nas problematizações dos homens como seres que interagem constantemente com o mundo.

A educação problematizadora tem sua direção voltada para uma relação em que ambos (educador e educando) aprendem conjuntamente. Esta prática tem como elemento norteador o diálogo (FREIRE, 1987). A aprendizagem se estabelece por meio, de uma situação problema, a qual se analisa criticamente. Aprender envolve uma ação de conhecimento da realidade que nos cerca, por meio de uma relação crítica dessa realidade (LIBÂNEO, 1983). Para Bordenave (1999), a pedagogia, baseada em problemas, permite que o educando desenvolva-se como um indivíduo reflexivo, ativo, e com capacidade crítica.

Diante as argumentações acima expostas, conclui-se que a educação tanto dos clientes enfermos quanto dos familiares destes, no que tange a aspectos condizentes com a patologia, e em especial com relação à continuidade da terapia medicamentosa é de suma importância para a obtenção de melhores resultados no processo de tratamento. Constata-se também, que a pedagogia da problematização, deve nortear todas as práticas educativas na área da saúde, pois tal prática permite o compartilhamento de informações, tendo em vista, que o ato de dialogar, é o eixo fundamental desta metodologia de ensino.

Uma pesquisa que avaliou a implantação da consulta de enfermagem verificou que esta atividade proporcionou melhora na assistência prestada aos doentes de tuberculose, devido à metodologia empregada durante o processo, uma

vez que possibilitou ao profissional enfermeiro dialogar com o cliente e seus familiares (SANTOS et al., 1987).

Decorre daí a relevância de uma educação libertadora nas ações de saúde voltadas ao controle da tuberculose, devendo estas estarem direcionadas aos indivíduos doentes, seus familiares e comunidade.

Uma educação em saúde ampliada compreende políticas públicas, ambientes adequados e reorientação das atividades dos serviços para além dos tratamentos clínicos e curativos, como também propostas pedagógicas problematizadoras, voltando-se para ações cuja essência encontra-se na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal. As pesquisas observacionais possibilitam que a natureza determine o seu curso: o pesquisador mede, porém não intervém (BEAGLEHOLE et al, 2003). Os estudos transversais medem a prevalência das doenças e a associação com fatores de risco; são rápidos e de baixo custo (HULLEY et al., 2003).

5.2 População-alvo

A população-alvo do estudo foi representada pelos clientes portadores de tuberculose pulmonar cadastrados no Programa de Controle da Tuberculose do município do Rio Grande-RS e seus familiares.

5.3 Amostra

A amostra foi extraída a partir dos clientes com tuberculose pulmonar e familiares dos mesmos, atendidos no Centro de Saúde (CS), do município do Rio Grande-RS, onde se procede o acompanhamento destes clientes.

De acordo com Iseman (2001), os indivíduos com a forma pulmonar da doença são altamente infecciosos. Pelo fato de que a patologia dissemina-se quase que exclusivamente por meio de aerossóis das secreções respiratórias contaminadas, a forma clínica mais comum e mais importante, do ponto de vista epidemiológico, é a forma pulmonar. Frente a isso, destaca-se a opção por realizar um estudo com os clientes que possuem a forma pulmonar e os familiares dos mesmos.

Primeiramente, foi coletado, no CS do Rio Grande, através dos prontuários dos clientes com tuberculose, seus nomes e respectivos endereços; bem como dados sobre os esquemas terapêuticos. Estes dados foram coletados pela pesquisadora. Num segundo momento, foi realizado o processo de entrevistas com os indivíduos portadores de tuberculose pulmonar e seus familiares.

Em situações de ocorrência de 2 ou mais casos de tuberculose pulmonar, em uma mesma família, o indivíduo com maior tempo de tratamento foi considerado o caso índice, sendo os demais identificados no estudo, como familiares.

Pessoas com deficiência mental ou incapazes de responder os instrumentos de coleta de dados, não foram incluídos no estudo.

Em casos de ocorrência de duas ou mais pessoas da mesma família, com a mesma renda, considerou-se chefe da família, o indivíduo com maior faixa etária.

Alguns critérios foram levados em consideração no processo de captação da amostra, tais como:

- Ter idade mínima de 15 ou mais anos;
- Estar cadastrado no PCT do município do Rio Grande e residir neste município;
- Foram considerados ilegíveis, os indivíduos com término de tratamento contra a tuberculose superior a 3 meses.

Para efeitos do cálculo da amostra, foram selecionadas 150 pessoas, sendo 68 clientes com tuberculose 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 tuberculose de 75% e uma prevalência de conhecimento sobre adesão entre os familiares de 48%, o poder do estudo situou-se em 90%.

5.4 Variáveis

5.4.1 Dependente

- Conhecimento do que é ser um indivíduo aderente ao tratamento da tuberculose.

De acordo com o Manual Técnico para o Controle da Tuberculose, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002 a), o processo de adesão do cliente ao tratamento, depende de seu conhecimento sobre a patologia; a duração do tratamento prescrito; a importância da regularidade no uso das medicações e do seu conhecimento sobre as consequências ocasionadas pela interrupção do tratamento. Para fins de operacionalização, foram utilizados critérios, elaborados a partir das normas estabelecidas pelo Manual Técnico para o Controle da Tuberculose (BRASIL, 2002 a), para considerar o cliente aderente. Para essa finalidade selecionou-se 3 parâmetros:

- 1.) Freqüência de comparecimento ao Serviço de Saúde (SS);
- 2.) Periodicidade de ingestão de comprimidos;
- 3.) Duração do tratamento.

Considerou-se como resposta correta a 1ª questão (comparecimento ao serviço de saúde para aquisição de medicamentos), o período de 30 dias. Com relação à 2ª 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 tuberculose (3ª questão), considerou-se como resposta certa o período de 6 meses ou o período do esquema terapêutico preconizado ao portador (caso o esquema preconizado seja superior a 6 meses).

Por existirem regimes terapêuticos diferentes, segundo a situação do cliente, as respostas dadas pelos portadores de tuberculose e seus familiares foram confrontadas com as informações existentes nas fichas dos clientes, e foram consideradas corretas as que tiveram consistência entre elas, tomando como ponto de comparação à informação do serviço.

A avaliação sobre o conhecimento do que é ser aderente, foi realizada mediante o cálculo da proporção de clientes com tuberculose e seus familiares que responderam corretamente as questões. Considerou-se 2 ou menos questões corretas como conhecimento inadequado sobre adesão ao tratamento da doença e 3 questões corretas como conhecimento adequado.

5.4.2 Independentes

5.4.2.1 Variáveis demográficas

- Tipo de cliente (classificados como portador de tuberculose e familiares);
- Idade: anos completos de vida até o momento da entrevista (15-24; 25-44; 45-64; 65 ou mais);
- Sexo (definidos como masculino e feminino);
- Cor da pele (classificada como negra, branca e parda);
- Estado civil (definido como solteiro; com companheiro ou casado; separado e viúvo).

5.4.2.2 Variáveis sócio-econômicas

- Escolaridade (0-3; 4-7; 8 ou mais anos aprovados de estudo);
- Renda familiar per capita em salários mínimos: soma das rendas das pessoas que residem na casa, dividida pelo número total de moradores (até ½ salário mínimo, mais de ½ até 1 salário mínimo, mais de 1 salário mínimo);

A renda mencionada foi a do mês anterior à entrevista e em salários mínimos nacionais.

- Classe econômica: foi medida através do Critério de Classificação Econômica Brasil (2003) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que avalia o poder de compra dos indivíduos com base em um sistema de

pontos que considera a posse de alguns bens e presença de empregada, como: rádio; banheiro; automóvel; empregada mensalista; aspirador de pó; máquina de lavar; vídeo cassete e/ou DVD; TV a cores; geladeira; Freezer. Também considera o grau de escolaridade do chefe da família (pessoa com maior renda). A ABEP define como critérios de corte: classe A (25-34 pontos); classe B (de 17-24 pontos); classe C (de 11-16 pontos); classe D (de 6-10 pontos) e classe E (de 0-5 pontos).

- Número de pessoas no domicílio: nº de indivíduos que residem na casa (1 até o máximo valor encontrado);

- Número de peças para dormir: nº de cômodos utilizados para dormir (1 até o valor máximo encontrado);

- Tipo de moradia: condição da casa em que reside (tijolo; madeira; madeira e tijolo; madeira e papelão; lata e papelão; outra);

- Presença de água: presença de água encanada na residência (não; sim, do lado de fora da casa; sim, do lado de dentro da casa);

- Situação da água para ingerir: procedência da água utilizada para ingestão (rede pública; poço ou cacimba; rio, lagoa, açude);

- Instalações sanitárias (ausente; sanitário com descarga; sanitário sem descarga; casinha);

- Ocupação: atividade da pessoa (atividades);

- Situação no trabalho: relação da pessoa com o emprego (empregado; desempregado; estudante; do lar; aposentado ou pensionista);

- Tempo de desemprego: nº de meses de desemprego (1 mês até o máximo valor encontrado).

5.4.2.3 Hábitos de vida

- Tabagismo: uso de tabacos (não utiliza; fumante se atualmente fuma ou parou há menos de 6 meses; ex-fumante se parou de fumar há mais de 6 meses);

- Nº de cigarros: nº de cigarros que utiliza por dia (1 até o valor máximo encontrado);

- Uso de bebidas alcoólicas: utilização de bebidas contendo álcool (não; sim);

- Nº de dias semanais de ingestão de bebidas alcoólicas: nº de vezes por semana que utiliza bebidas contendo álcool;

- Tipo de bebida utilizada (cachaça; cerveja; vinho; whisky; samba; outra);
- Quantidade de bebida: quantidade utilizada de bebida alcoólica (martelinho; martelo; copo; dose; lata; garrafa; outra);
- Uso de drogas ilícitas: dependência ao uso de drogas (utiliza; não utiliza);
- Drogas ilícitas utilizadas: tipo de drogas ilícitas utilizadas (maconha; cocaína; crack; heroína; outra).

5.4.2.4 Histórico individual e familiar da tuberculose

- Casos de tuberculose na família: história anterior de tuberculose na família (não; sim; não sabe);
- Casos da doença na família: nº de casos de tuberculose que já houve na família (1 até o máximo valor encontrado);
- Situação do tratamento: primeiro tratamento contra tuberculose (não; sim; não sabe);
- Interrupção do tratamento (não; sim; não sabe);
- Nº de interrupções do tratamento: nº de vezes que interrompeu o tratamento (1 até o máximo valor encontrado).

Para fins estatísticos, algumas variáveis foram agrupadas. Assim, a cor da pele foi dicotomizada em cor não branca e branca. Da mesma forma, a variável estado civil foi dividida em dois grupos: sem companheiro e com companheiro. A escolaridade foi dividida em não alfabetizados e alfabetizados; classificação econômica foi dicotomizada em classes D e E e A, B e C. A variável fumo foi dividida em dois grupos: não fumante ou fumante e ex-fumante. O mesmo processo se sucedeu com a variável outros casos de tuberculose na família (categorizada como não e sim). A variável número de casos na família foi dividida em nenhum; até um caso e dois casos ou mais. As variáveis primeiro tratamento contra a tuberculose e interrupção do tratamento foram divididas em não e sim.

A renda familiar per capita foi dicotomizada em indivíduos que ganham até um salário mínimo e indivíduos que ganham mais de um salário mínimo.

5.5 Instrumentos para coleta de dados

Como instrumentos do estudo, utilizou-se uma planilha para coleta de dados do prontuário do doente (APÊNDICE I) e 2 questionários pré-codificados, padronizados e testados previamente. A pesquisa foi aplicada aos indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos. O primeiro (questionário familiar) diz respeito às questões relacionadas às condições sócio-econômicas da família. Este instrumento, composto de 16 questões foi aplicado, preferencialmente ao chefe da família (pessoa com maior renda) (APÊNDICE II). O segundo (questionário individual), com 30 perguntas relativas a variáveis demográficas, aos hábitos de vida e ao histórico individual e familiar de tuberculose foi destinado aos clientes com tuberculose e seus familiares (APÊNDICE III).

Os questionários foram aplicados nas residências dos clientes com tuberculose pulmonar.

5.6 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Para a execução do processo de coleta de dados (entrevistas), foram selecionados discentes da área da saúde da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Os critérios utilizados para seleção levaram em consideração disponibilidade de tempo, responsabilidade, e atitude positiva no relacionamento com a comunidade.

Após o processo de seleção, os selecionados foram submetidos a treinamento específico. Este incluiu leitura e discussão dos instrumentos a serem aplicados, bem como dramatizações e discussões relacionadas à técnica de entrevistas. Os entrevistadores receberam os instrumentos de pesquisa, bem como uma planilha para controle (APÊNDICE IV) da pesquisa e um manual com instruções gerais e específicas (APÊNDICE V) referentes às questões dos instrumentos de coleta.

Cada entrevistador obteve um número de identificação. O critério para numeração obedeceu à ordem alfabética dos entrevistadores. O treinamento encerrou com o estudo piloto.

5.7 Estudo piloto

A última fase do treinamento dos alunos selecionados para participar da coleta de dados da pesquisa consistiu na realização do estudo piloto. Cada discente, efetuou no mínimo 5 entrevistas. Esta etapa serviu para avaliar e testar os questionários, contribuindo para a reformulação de algumas questões. Foi realizado durante uma semana.

5.8 Processamento e análise dos dados

Os dados foram digitados duplamente no Epi-Info 6.04, por dois digitadores independentes. Posteriormente, os dados foram limpos, mediante identificação e correção de erros de consistência e de amplitude. Após a limpeza, os dados foram traduzidos para o programa STATA 8.0. Na análise estatística, em 1ª 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, procurando identificar associações entre as diversas variáveis e o desfecho. Para fins de análise estatística foi utilizado o teste do qui - quadrado. O teste de Fisher foi usado quando o teste de qui - quadrado não era adequado.

Na última etapa multivariada, e para estudar o efeito independente de cada um dos fatores, utilizou-se à regressão de Poisson. Foram calculadas as razões de prevalência e os intervalos de confiança de 95% dos fatores ajustados entre si, para os diversos fatores com o desfecho dicotômico. Nesta análise multivariada, as

variáveis foram analisadas, seguindo um modelo de análise, conforme se observa na figura 1. Em primeiro lugar foram ingressadas as variáveis demográficas e sócio-econômicas; no 2º nível as de hábitos de vida e no 3º nível aquelas referentes à história familiar e individual de tuberculose. O critério utilizado para a permanência da variável no modelo foi um valor de $p \leq 0,2$, de forma a considerar a possibilidade de 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 ponto de corte para significância em todas as provas estatísticas foi usado um valor de p de 0,05 bicaudal.

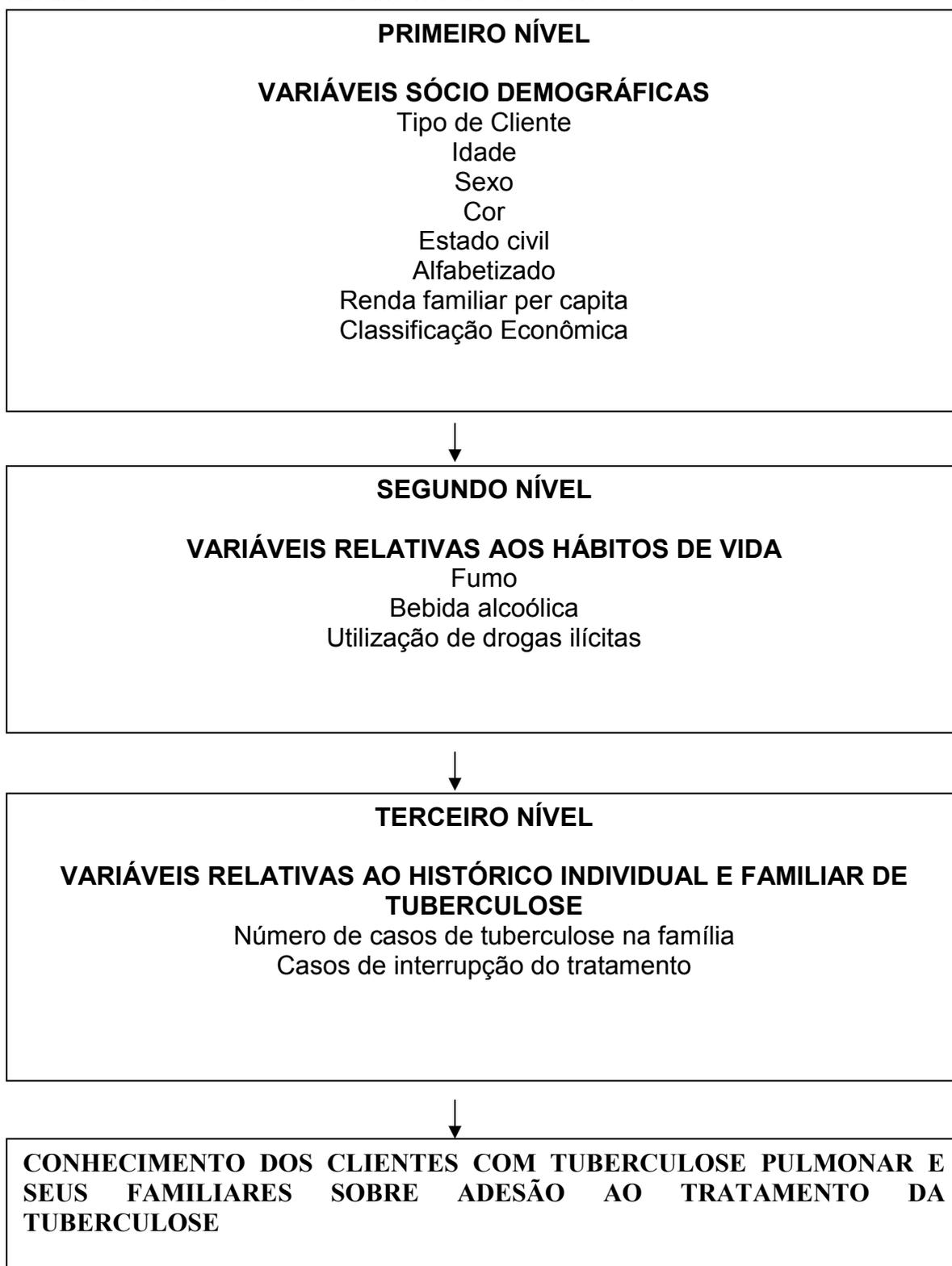
5.9 Logística

Os entrevistadores efetuaram as entrevistas no período compreendido de segunda a domingo. As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos clientes portadores de tuberculose. Em situações nas quais, os indivíduos não foram encontrados em suas residências, tentou-se mais três vezes. Desta forma, quando após as tentativas de localização dos indivíduos, os mesmos não foram localizados, anotou-se como perda na planilha de controle. Em caso de recusa inicial, por parte de algum entrevistado, tentou-se mais três vezes em outras oportunidades. Quando a recusa persistiu, o entrevistador anotou como perda na planilha de controle. O deslocamento dos entrevistadores foi realizado através de transporte público coletivo.

Cada família obteve um número de identificação, iniciando-se em 001. As famílias foram numeradas, obedecendo-se à ordem crescente de numeração do prontuário dos indivíduos com tuberculose pulmonar.

5.10 Modelo de Análise Hierárquico

Figura 1- Modelo de análise para conhecimento dos clientes com tuberculose seus familiares sobre adesão ao tratamento da tuberculose.



5.11 Controle de qualidade

O controle de qualidade foi realizado mediante a re-visita de 10% dos indivíduos já entrevistados; sendo executado por entrevistadores diferentes aos que realizaram a entrevista. Para esta finalidade, utilizou-se a aplicação de um questionário específico. Foi calculado o valor de Kappa, para avaliar o grau de concordância entre as respostas. Considerou-se como adequado um $K \geq 0,8$.

5.12 Aspectos éticos

De acordo com a resolução 196/96, o projeto de pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Área da Saúde da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – CEPAS/ FURG conforme o parecer nº 017/2006, para a execução deste estudo.

Os participantes do estudo receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE VI), previamente a coleta de dados. O mesmo foi assinado em duas vias, uma ficando com o pesquisador responsável pelo estudo e a outra com o participante da pesquisa. Neste documento consta, o objetivo da pesquisa, a forma de inserção do participante da pesquisa, a questão relacionada à ausência de riscos para a integridade física/moral dos participantes do estudo. Aos clientes da pesquisa, assegurou-se o direito de deixar de participar da pesquisa, em qualquer uma de suas etapas.

Durante o processo de coleta de dados nos domicílios, aconselhou-se aos familiares dos clientes com tuberculose, que possuíam sintomas respiratórios, a procurarem o posto de saúde mais próximo de suas residências, para realizarem avaliação.

6 RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas entre os meses de março e agosto de 2006. No total, foram identificados 84 clientes com tuberculose cadastrados no PCT do município do Rio Grande-RS e 161 familiares. Dos 84 clientes com tuberculose, foram entrevistados 68 (81%). Os 16 clientes portadores de tuberculose que não foram entrevistados se distribuíram da seguinte forma: três se recusaram a participar da pesquisa, um encontrava-se preso, sete possuíam o endereço errado, dois nunca foram encontrados em casa e três, quando localizados, já haviam concluído o tratamento por um período superior a três meses. Dos 16 clientes que se recusaram a participar do estudo, conseguiu-se identificar os correspondentes familiares em três casos. Dos 161 familiares, 69 eram crianças menores de 15 anos e não participaram do estudo. Entre os 92 familiares maiores de 15 anos, 10 recusaram-se a participar ou não foram encontrados (11%), restando então 82 familiares adultos. Desta forma, a amostra deste estudo incluiu um total de 150 clientes com tuberculose e familiares.

Como parte do controle de qualidade da pesquisa, utilizou-se a estatística Kappa. Os resultados obtiveram um grau de concordância entre as respostas que variaram de 80 a 100%. Os valores da estatística Kappa situaram-se entre 0,5 a 1,0.

6.1 Perfil da amostra pesquisada

6.1.1 Características demográficas e sócio-econômicas da população estudada

Conforme mostra a tabela 1, a maioria da população estudada (54,7%) foi composta pelos familiares dos clientes com tuberculose; a faixa etária mais prevalente situou-se entre 25 e 44 anos (38,0%). Quanto ao sexo, a maior parcela da população foi composta por mulheres (51,3%); com respeito à cor 75,3% eram brancos. Com relação ao estado civil, a maior parte da população foi de indivíduos casados ou com companheiro (53,3%).

Tabela 1-Descrição das características demográficas dos clientes com tuberculose e seus familiares, no PCT* do município do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

CARACTERÍSTICA	N	%
Tipo de cliente		
Doente	68	45,3
Família	82	54,7
Idade		
15 – 24	34	22,7
25 – 44	57	38,0
45 – 64	43	28,7
65 ou mais	16	10,7
Sexo		
Feminino	77	51,3
Masculino	73	48,7
Cor		
Negra	20	13,3
Branca	113	75,3
Parda	17	11,3
Estado civil		
Solteiro	45	30,0
Casado ou com companheiro	80	53,3
Separado	12	8,0
Viúvo	13	8,7

* Programa de Controle da Tuberculose

De acordo com a tabela 2, dois terços da amostra (64,7%) estudou no máximo 7 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 até meio salário mínimo. A renda familiar média per capita foi de R\$ 319,3 (desvio padrão 282,4). Da amostra estudada 43,3% encontrava-se na classe C. No que se refere ao número de indivíduos que habitavam a mesma residência, a média encontrada foi de 3,8 pessoas. Quanto ao número de peças para dormir na residência, a média foi de 2 peças. Uma grande parcela (73,3%) da população tinha casa de alvenaria. A maior parte das pessoas possuíam água encanada dentro da residência (99,3%). Quanto à procedência da água usada para beber nas residências, grande parcela da população (96,7%) informou utilizar água da rede pública (CORSAN). A grande maioria das pessoas possuíam sanitário com descarga (94,7%). Em se tratando da situação laboral, a percentagem encontrada para indivíduos que se encontravam empregados foi de 34,7%.

Tabela 2-Descrição das características sócio-econômicas dos clientes com tuberculose e seus familiares, no PCT* do município do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

CARACTERÍSTICAS	N	%
Escolaridade em anos completos de estudo		
0 – 3	42	28,0
4 – 7	55	36,7
8 ou mais	53	35,3
Renda familiar per capita (n=146)		
Até ½ salário mínimo (SM)	56	38,4
Mais de ½ até 1 SM	53	36,3
Mais de 1 SM	37	25,3
Classificação econômica		
Classe A	3	2,0
Classe B	20	13,3
Classe C	65	43,3
Classe D	54	36,0
Classe E	8	5,3
Nº de pessoas por residência		
1	11	7,3
2	19	12,7
3	48	32,0
4	23	15,3
5	24	16,0
6	12	8,0
7	13	8,7
Nº de peças p/ dormir		
1	39	26,0
2	72	48,0
3	35	23,3
4	4	2,7
Tipo de casa		
Tijolo	110	73,3
Madeira	23	15,3
Madeira e tijolo	16	10,7
Lata e papelão	1	0,7
Água encanada		
Dentro da casa	149	99,3
Fora da casa	1	0,7
Procedência da água		
Rede pública	145	96,7
Poço/cacimba	5	3,3
Privada		
Não tem privada	1	0,7
Sanitário c/ descarga	142	94,7
Sanitário s/ descarga	6	4,0
Casinha	1	0,7
Situação de ocupação		
Empregado	52	34,7
Desempregado	23	15,3
Estudante	14	9,3
Do lar	15	10,0
Aposentado/pensionista	46	30,7

* Programa de Controle da Tuberculose

6.1.2 Características dos hábitos de vida dos clientes com tuberculose e seus familiares

Conforme demonstra a tabela 3, 45,3% fumavam e foi encontrada a mesma proporção de não fumantes. Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas, 24,0% dos entrevistados referiram a utilização de bebidas contendo álcool. Dos que utilizavam bebidas alcoólicas, 33,3% relataram utilizar todos os dias da semana. A percentagem de indivíduos usuários de drogas ilícitas foi de 7,3%. Destes 100% usavam maconha. Somente 1 indivíduo (9,1%), usava cocaína.

Tabela 3-Descrição das características dos hábitos de vida dos clientes com tuberculose e seus familiares. PCT* do município do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

CARACTERÍSTICA	N	%
Fumo		
Não	68	45,3
Sim	68	45,3
Ex-fumante	14	9,3
Bebida alcoólica		
Não	114	76,0
Sim	36	24,0
Nº de dias semanais de ingestão de bebidas alcoólicas (n=36)		
Não sabem o nº de dias da semana que utilizam álcool	3	8,3
1	12	33,3
2	6	16,7
3	3	8,3
7	12	33,3
Utilização de drogas ilícitas		
Não	139	92,7
Sim	11	7,3

* Programa de Controle da Tuberculose

6.1.3 Histórico individual e familiar da tuberculose

Conforme evidenciado na tabela 4, a proporção de pessoas que disseram ter tido outros casos de tuberculose na família foi de 44,7%. Destes, 43,3% relataram ter

mais de um caso da doença na família. A maioria (86%) dos indivíduos entrevistados informaram ser o tratamento atual, o primeiro efetuado contra a tuberculose. Com relação ao número de interrupções do tratamento, 88,0% referiram nunca haver interrupção do mesmo e 9,3% disseram já ter ocorrido interrupções do tratamento. Destes, 50,0% mencionaram haver interrompido uma vez.

Tabela 4-Descrição dos antecedentes de outros casos de tuberculose e tratamentos entre os portadores e seus familiares. PCT* do município do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

HISTÓRICO DE CASOS DE TUBERCULOSE		N	%
Outros casos de tuberculose na família			
	Não	81	54,0
	Sim	67	44,7
	Não sabe	2	1,3
Nº de casos na família (n=67)			
	1	38	56,7
	2	24	35,8
	3	2	3,0
	5	2	3,0
	7	1	1,5
HISTÓRICO DA SITUAÇÃO DO TRATAMENTO			
Primeiro tratamento contra tuberculose			
	Não	19	12,7
	Sim	129	86
	Não sabe	2	1,3
Parou o tratamento			
	Não	132	88,0
	Sim	14	9,3
	Não sabe	4	2,7

* Programa de Controle da Tuberculose

Já, quando se analisa o grupo dos clientes doentes (tabela 5), pode se observar que a percentagem de outros casos de tuberculose na família situa-se em 51,5%. Destes, 60,0% disseram haver apenas um caso de tuberculose na família e 40,0% relataram ter mais de um caso.

Quanto ao número de tratamentos realizados pelos clientes, 89,7% destes referiram ser o atual o primeiro tratamento realizado contra a tuberculose. No que se refere ao número de interrupções do tratamento, 5,9% referiram ter interrompido o

tratamento ao menos uma vez. Dos que pararam o tratamento, 25,0% interromperam a terapia medicamentosa em mais de uma vez.

Tabela 5-Descrição dos antecedentes de outros casos de tuberculose e tratamentos entre os portadores de tuberculose, cadastrados no PCT* do Rio Grande-RS, 2006. (n=68).

HISTÓRICO DE CASOS DE TUBERCULOSE		N	%
Outros casos de tuberculose na família			
	Não	32	47,1
	Sim	35	51,5
	Não sabe	1	1,5
Nº de casos na família (n=35)			
	1	21	60,0
	2	12	34,2
	5	1	2,9
	7	1	2,9
HISTÓRICO DA SITUAÇÃO DO TRATAMENTO			
Primeiro tratamento contra tuberculose			
	Não	7	10,3
	Sim	61	89,7
Parou o tratamento			
	Não	64	94,1
	Sim	4	5,9

* Programa de Controle da Tuberculose

6.1.4 O conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre a adesão ao tratamento da doença

A tabela 6 mostra que 82,0% da população estudada possuía conhecimento quanto à frequência de comparecimento ao serviço de saúde para aquisição de medicamentos, e 86,7% informaram corretamente o tempo de ingestão das medicações utilizadas para o tratamento. A grande maioria da população (72,0%) respondeu corretamente o tempo de duração do tratamento para a tuberculose.

Quando se analisou o número total de respostas corretas para cada um dos entrevistados, encontrou-se que 60,0% responderam corretamente as 3 questões utilizadas para avaliar o conhecimento sobre a adesão ao tratamento da tuberculose, 24,0% responderam a duas questões corretamente, 12,7% apenas uma e 3,3% a nenhuma das três questões.

Tabela 6- Descrição das respostas dos clientes com tuberculose e seus familiares na avaliação do conhecimento sobre a adesão ao tratamento da tuberculose. PCT* do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

QUESTÕES PARA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ADESÃO		N	%
1ª Comparecimento ao serviço de saúde para retirada de medicamentos	Correta	123	82,0
	Incorreta	27	18,0
2ª Periodicidade da ingestão de comprimidos	Correta	130	86,7
	Incorreta	20	13,3
3ª Duração do tratamento	Correta	108	72,0
	Incorreta	42	28,0
DESCRIÇÃO DE ACERTOS PARA AS TRÊS QUESTÕES PARA MEDIR O CONHECIMENTO SOBRE ADESÃO	Nenhuma correta	5	3,3
	Uma correta	19	12,7
	Duas corretas	36	24,0
	Três corretas	90	60,0

* Programa de Controle da Tuberculose

6.2 Análise do conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose, segundo as características dos indivíduos estudados

6.2.1 Análise do conhecimento da amostra estudada sobre frequência de comparecimento à unidade de saúde para retirada de medicamentos, segundo as variáveis examinadas

Conforme salientado na tabela 7, houve diferença significativa ($p=0,001$), no que se refere à questão relacionada à frequência de comparecimento à unidade de saúde para aquisição de medicamentos, evidenciando-se predominância de conhecimento do portador de tuberculose (98,5%) em relação aos familiares (68,3%).

Quanto à faixa etária, houve diferença significativa ($p=0,04$), com predomínio de conhecimento nas faixas etárias de 45 a 64 anos (88,4%) e 25 a 44 anos (87,7%). Com relação ao sexo, notou-se que a diferença de conhecimento no que tange ao comparecimento na unidade de saúde para retirada de medicamentos não foi significativa ($p=0,36$); apesar de haver predominância de informação no sexo masculino (84,9%) em relação ao feminino (79,2%). No que se refere à cor da pele, não houve diferença significativa ($p=0,87$). Os percentuais encontrados para indivíduos de cor da pele branca e não branca que responderam corretamente foram muito semelhantes, sendo 82,3% e 81,1%, respectivamente. Quanto ao estado civil, os valores encontrados foram muito parecidos também. O percentual encontrado para pessoas com companheiro que responderam corretamente a questão foi de 82,5% e de 81,4% para os que vivem sem companheiro. Não houve diferença significativa ($p=0,87$).

Com respeito à alfabetização também não houve diferença significativa ($p=0,88$) entre o conhecimento dos indivíduos não alfabetizados e os alfabetizados; o percentual encontrado para pessoas não alfabetizadas que responderam corretamente à questão foi de 83,3% em relação aos indivíduos alfabetizados (81,8%).

A renda familiar per capita, não foi significativa ($p=0,2$); apesar de haver um percentual maior de indivíduos com renda superior a um salário mínimo, que responderam adequadamente a questão (89,2%) em relação aos que possuem renda per capita de mais de $\frac{1}{2}$ até um salário mínimo (83,0%) e até $\frac{1}{2}$ salário mínimo (78,6%). Quanto às classes econômicas não foi significativa ($p=0,94$) a diferença de conhecimento encontrada. O percentual para indivíduos das classes D e E que responderam corretamente foi de 82,3%. Com relação às classes A, B e C, o valor encontrado para as pessoas que obtiveram informação quanto à pergunta foi de 81,8%.

Tabela 7-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação à **frequência de comparecimento à unidade de saúde para retirada de medicamentos**, segundo as variáveis demográficas e sócio-econômicas. PCT* do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

CARACTERÍSTICA	CONHECIMENTO SOBRE FREQUÊNCIA DE COMPARECIMENTO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS				P	
	INCORRETA		CORRETA			
	N	%	N	%		
Tipo de cliente						
	Portador tbc	1	1,5	67	98,5	0,001
	Família	26	31,7	56	68,3	
Idade						
	15 – 24	9	26,5	25	73,5	0,04
	25 – 44	7	12,3	50	87,7	
	45 – 64	5	11,6	38	88,4	
	65 ou mais	6	37,5	10	62,5	
Sexo						
	Feminino	16	20,8	61	79,2	0,36
	Masculino	11	15,1	62	84,9	
Cor						
	Não branca	7	18,9	30	81,1	0,87
	Branca	20	17,7	93	82,3	
Estado civil						
	Sem companheiro	13	18,6	57	81,4	0,87
	Com companheiro	14	17,5	66	82,5	
Alfabetizado						
	Não	3	16,7	15	83,3	0,88
	Sim	24	18,2	108	81,8	
Renda familiar per capita (n=146)						
	Até ½ salário mínimo (SM)	12	21,4	44	78,6	0,2*
	Mais de ½ até 1 SM	9	17	44	83,0	
	Mais de 1 SM	4	10,8	33	89,2	
Classificação econômica						
	Classe D e E	11	17,7	51	82,3	0,94
	Classe A, B e C	16	18,2	72	81,8	

* Programa de Controle da Tuberculose

* Teste de tendência linear

Com respeito à associação entre resposta correta à 1ª questão sobre adesão e hábitos de vida, observou-se na tabela 8 que não houve diferenças significativas em nenhuma das categorias.

Tabela 8-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação à **freqüência de comparecimento à unidade de saúde para retirada de medicamentos**, segundo as variáveis relativas aos hábitos de vida da população estudada. PCT* do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

CARACTERÍSTICA	CONHECIMENTO SOBRE FREQUÊNCIA DE COMPARECIMENTO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS				p	
	INCORRETA		CORRETA			
	N	%	N	%		
Fumo						
	Não Fumante ou ex-fumante	14	20,6	54	79,4	0,45
		13	15,9	69	84,1	
Bebida alcoólica						
	Não	21	18,4	93	81,6	0,81
	Sim	6	16,7	30	83,3	
Utilização de drogas ilícitas						
	Não	26	18,7	113	81,3	0,43*
	Sim	1	9,1	10	90,9	

* Programa de Controle da Tuberculose

* Teste de Fisher

Com relação à 1ª questão e a presença de outros casos de tuberculose na família (tabela 9), foi significativa a diferença encontrada ($p=0,008$), sendo que 91,0% dos indivíduos que responderam de forma certa à pergunta, tiveram outros casos de tuberculose na família. Foi significativa também a diferença ($p=0,03$) no que se refere ao conhecimento sobre freqüência de comparecimento na unidade de saúde para aquisição de medicamentos e número de casos de tuberculose na família. Das pessoas que responderam adequadamente, encontrou-se que 92,1% tiveram um caso da doença e 89,7% dois ou mais casos da patologia na família, quando confrontadas com os indivíduos que mencionaram não ter outros casos de tuberculose na família (74,1%).

Com respeito ao conhecimento relativo a 1ª questão e à situação do tratamento, a diferença encontrada não foi significativa ($p=0,6$), havendo predomínio de informação (83,7%) na amostra em que o portador encontra-se no primeiro tratamento, em relação à população na qual o doente não se encontra no primeiro tratamento (79,0%). Com relação ao fator relacionado à interrupção do tratamento e a informação no que se refere à freqüência de comparecimento para aquisição de medicamentos, não foi significativa a diferença encontrada ($p=0,60$), apesar de que houve um maior conhecimento entre as pessoas que relataram não haver nenhuma

interrupção pelo doente da terapia medicamentosa (84,1%) quando comparados com aqueles que responderam haver suspensão do tratamento (78,6%) pelo portador de tuberculose.

Tabela 9-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre **freqüência de comparecimento à unidade de saúde para retirada de medicamentos**, segundo as variáveis relativas ao histórico individual e familiar de tuberculose. PCT* do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

HISTÓRICO DE CASOS DE TUBERCULOSE		CONHECIMENTO SOBRE FREQUÊNCIA DE COMPARECIMENTO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS				p
		INCORRETA		CORRETA		
		N	%	N	%	
Outros casos de tuberculose na família (n=148)						
	Não	21	25,9	60	74,1	0,008
	Sim	6	9	61	91,0	
Nº de casos na família (n=148)						
	Nenhum	21	25,9	60	74,1	0,03
	Até um caso	3	7,9	35	92,1	
	Dois casos ou mais	3	10,3	26	89,7	
HISTÓRICO DA SITUAÇÃO DO TRATAMENTO						
Primeiro tratamento contra tuberculose (n=148)						
	Não	4	21	15	79,0	0,6
	Sim	21	16,3	108	83,7	
Parou o tratamento (n=146)						
	Não	21	15,9	111	84,1	0,60*
	Sim	3	21,4	11	78,6	

* Programa de Controle da Tuberculose

* Teste de Fisher

6.2.2 Análise do conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre periodicidade de ingestão de comprimidos, segundo as variáveis estudadas

Conforme demonstrado na tabela 10, foi significativa ($p=0,001$) a diferença de conhecimento sobre periodicidade de ingestão de comprimidos, encontrada para os

portadores e para a família; havendo predomínio de informação nos clientes com tuberculose (97,1%) em relação aos familiares (78,0%). Não foi significativa a diferença ($p=0,71$) no que se refere a faixa etária; apesar de haver predominância de informação nas idades de 45 a 64 anos (90,7%) e 15 e 24 anos (88,2%). Com relação ao sexo, a diferença não foi significativa ($p=0,90$), demonstrando percentuais muito parecidos. O valor encontrado para mulheres que responderam adequadamente a questão relacionada à periodicidade de ingestão de medicamentos foi de 87,0%. Quanto ao sexo masculino, o percentual encontrado de indivíduos que obtiveram informação foi de 86,3%.

No que se refere à cor da pele, a diferença encontrada não foi significativa ($p=0,09$); apesar de haver predominância de informação nas pessoas de cor branca (89,4%) em relação aos de cor não branca (78,4%). O estado civil não apresentou diferença significativa ($p=0,75$). Os percentuais encontrados para indivíduos que demonstraram conhecimento com relação à pergunta foram muito similares; sendo de 87,5% para pessoas que vivem com companheiro e 85,7% para indivíduos que vivem sem companheiro. Não foi significativa a diferença encontrada ($p=0,66$), no que diz respeito ao fator alfabetização e conhecimento referente a 2ª questão. Houve predomínio de informação em pessoas alfabetizadas (87,1%) em relação às não alfabetizadas (83,3%). Também não foi significativa ($p=0,4$), a diferença encontrada para a renda familiar per capita e o conhecimento relativo à periodicidade de ingestão de comprimidos; apesar de haver predomínio (91,9%) de informação nas pessoas que possuem mais de um salário mínimo como renda per capita, quando equiparadas com indivíduos que ganham até $\frac{1}{2}$ salário mínimo (85,7%) e as que ganham mais de $\frac{1}{2}$ salário mínimo até um salário mínimo (86,8%).

Com respeito à classe social, não houve uma diferença significativa ($p=0,40$), apesar de ocorrer predomínio (88,6%) de informação nos indivíduos pertencentes às classes A, B e C, quando comparados com as pessoas das classes D e E (83,9%).

Tabela 10-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação à **periodicidade de ingestão de comprimidos**, segundo variáveis demográficas e sócio-econômicas. PCT* do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

CARACTERÍSTICA	CONHECIMENTO SOBRE PERIODICIDADE DE INGESTÃO DE COMPRIMIDOS				P	
	INCORRETA		CORRETA			
	N	%	N	%		
Tipo de cliente						
	Portador tbc	2	2,9	66	97,1	0,001
	Família	18	22	64	78,0	
Idade						
	15 – 24	4	11,8	30	88,2	0,71
	25 – 44	9	15,8	48	84,2	
	45 – 64	4	9,3	39	90,7	
	65 ou mais	3	18,7	13	81,3	
Sexo						
	Feminino	10	13	67	87,0	0,90
	Masculino	10	13,7	63	86,3	
Cor						
	Não branca	8	21,6	29	78,4	0,09
	Branca	12	10,6	101	89,4	
Estado civil						
	Sem companheiro	10	14,3	60	85,7	0,75
	Com companheiro	10	12,5	70	87,5	
Alfabetizado						
	Não	3	16,7	15	83,3	0,66
	Sim	17	12,9	115	87,1	
Renda familiar per capita (n=146)						
	Até ½ salário mínimo (SM)	8	14,3	48	85,7	0,4*
	Mais de ½ até 1 SM	7	13,2	46	86,8	
	Mais de 1 SM	3	8,1	34	91,9	
Classificação econômica						
	Classe D e E	10	16,1	52	83,9	0,40
	Classe A, B e C	10	11,4	78	88,6	

* Programa de Controle da Tuberculose

* Teste de tendência linear

Com respeito à associação entre hábitos de vida e conhecimento sobre periodicidade de ingestão de comprimidos, a tabela 11 demonstra que não houve diferença significativa ($p=0,61$) com relação à informação sobre periodicidade de ingestão de comprimidos e o fato de não ser fumante e ser fumante ou ex-fumante. A percentagem encontrada para indivíduos não fumantes que responderam adequadamente foi de 88,2% em relação aos indivíduos que fumam ou são ex-fumantes (85,4%).

Com relação ao uso de bebidas com álcool e conhecimento sobre periodicidade de ingestão de comprimidos, observa-se que não ocorreu diferença significativa ($p=0,22$). Houve predomínio (88,6%) de informação nos indivíduos que não usam bebidas alcoólicas em relação aos que as utilizam (80,6%). Quanto ao uso de drogas consideradas ilícitas, a diferença não foi significativa ($p=0,67$). O percentual encontrado para usuários de drogas ilícitas que responderam corretamente a questão relativa à periodicidade de ingestão de comprimidos foi de 90,9%. O valor de 86,3% foi obtido para os não usuários de drogas ilícitas que responderam adequadamente a questão.

Tabela 11-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação à **periodicidade de ingestão de comprimidos**, segundo as variáveis relativas aos hábitos de vida da população estudada. PCT* do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

CARACTERÍSTICA	CONHECIMENTO SOBRE PERIODICIDADE DE INGESTÃO DE COMPRIMIDOS				P	
	INCORRETA		CORRETA			
	N	%	N	%		
Fumo						
	Não	8	11,8	60	88,2	0,61
	Fumante ou ex-fumante	12	14,6	70	85,4	
Bebida alcoólica						
	Não	13	11,4	101	88,6	0,22*
	Sim	7	19,4	29	80,6	
Utilização de drogas ilícitas						
	Não	19	13,7	120	86,3	0,67*
	Sim	1	9,1	10	90,9	

* Programa de Controle da Tuberculose

* Teste de Fisher

De acordo com a tabela 12, pode-se observar que a diferença não foi significativa ($p=0,98$), no que diz respeito ao conhecimento sobre periodicidade de ingestão de comprimidos e o fator relacionado à presença de casos de tuberculose na família. Os valores encontrados para os indivíduos que responderam adequadamente foram muito parecidos; sendo 86,6% para os que relataram a ocorrência de outros casos de tuberculose e 86,4% para os que mencionaram não ter ocorrido outros casos de tuberculose na família. Também não foi significativa ($p=1,0$), a diferença

encontrada para o número de casos de tuberculose na família e o conhecimento sobre periodicidade de ingestão de comprimidos. Os percentuais encontrados para os indivíduos que demonstraram informação foram muito parecidos também, sendo 86,8% o valor encontrado para as pessoas que tiveram a ocorrência de um caso de tuberculose na família e 86,2% para os indivíduos que disseram ter ocorrido dois ou mais casos da patologia na família. O percentual encontrado para a amostra que referiu não ter tido nenhum caso de tuberculose na família foi de 86,4%.

No que diz respeito ao conhecimento sobre a 2ª questão e o fato de ser o primeiro tratamento realizado contra a tuberculose, a diferença não foi significativa ($p=0,7$). O percentual de 87,6% foi encontrado para os indivíduos que responderam corretamente e referiram ser o primeiro tratamento realizado pelo portador e 84,2% foi o valor encontrado para as pessoas que demonstraram conhecimento sobre periodicidade de ingestão de comprimidos e relataram não ser este o primeiro tratamento realizado pelo portador.

No que tange ao fator relacionado à interrupção do tratamento e o conhecimento sobre periodicidade de ingestão de comprimidos, a diferença encontrada foi significativa ($p=0,005$). Houve predominância (90,2%) de conhecimento da população que referiu nunca haver interrupção do tratamento pelo portador em relação aos indivíduos que mencionaram já ter ocorrido interrupção do tratamento pelo portador de tuberculose (64,3%).

Tabela 12-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação à **periodicidade de ingestão de comprimidos**, segundo as variáveis relativas ao histórico individual e familiar de tuberculose. PCT* do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

HISTÓRICO DE CASOS DE TUBERCULOSE		CONHECIMENTO SOBRE PERIODICIDADE DE INGESTÃO DE COMPRIMIDOS				P
		INCORRETA		CORRETA		
		N	%	N	%	
Outros casos de tuberculose na família (n=148)						
	Não	11	13,6	70	86,4	0,98
	Sim	9	13,4	58	86,6	
Nº de casos na família (n=148)						
	Nenhum	11	13,6	70	86,4	1,0
	Até um caso	5	13,2	33	86,8	
	Dois casos ou mais	4	13,8	25	86,2	
HISTÓRICO DA SITUAÇÃO DO TRATAMENTO						
Primeiro tratamento contra tuberculose (n=148)						
	Não	3	15,8	16	84,2	0,7
	Sim	16	12,4	113	87,6	
Parou o tratamento (n=146)						
	Não	13	9,8	119	90,2	0,005*
	Sim	5	35,7	9	64,3	

* Programa de Controle da Tuberculose

* Teste de Fisher

6.2.3 Análise do conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação ao tempo de tratamento, segundo as variáveis examinadas

Conforme se observa na tabela 13, com respeito ao tempo de duração do tratamento contra a tuberculose e o tipo de cliente, não houve associação significativa ($p=0,27$); apesar de que houve predomínio de informação (76,5%) nos portadores em relação aos familiares (68,3%). Quanto à faixa etária, a diferença de conhecimento referente ao tempo de tratamento, também não foi significativa ($p=0,46$). Os percentuais observados para as pessoas que responderam de forma adequada à questão foi 76,7% para faixa etária de 45 a 64 anos, 73,7% para 25 a 44 anos, 70,6% para 15 a 24 anos e 56,2% para pessoas com idade de 65 ou mais anos.

O fator sexo, não apresentou uma associação significativa ($p=0,87$) com relação ao conhecimento sobre tempo de tratamento. Os valores encontrados para

indivíduos do sexo feminino e masculino que responderam corretamente a pergunta foram muito semelhantes, sendo 71,4% e 72,6% respectivamente. Também não houve diferença significativa ($p=0,16$) entre brancos e não brancos; mesmo que tenha ocorrido predominância (81,1%) de conhecimento em indivíduos de cor não branca sobre os de cor branca (69,0%).

O estado civil, não apresentou uma associação significativa ($p=0,61$). Os valores encontrados para as pessoas que demonstraram informação foram de 73,7% para indivíduos que vivem com companheiro e 70,0% para aqueles que vivem sem companheiro.

O fator alfabetização não demonstrou associação significativa ($p=0,59$) com relação ao tempo de tratamento; apesar de ocorrer predomínio de conhecimento em indivíduos alfabetizados (72,7%) do que em pessoas não alfabetizadas (66,7%).

A renda familiar per capita não obteve associação significativa ($p=0,28$). A predominância (79,2%) de conhecimento ocorreu em indivíduos que possuem como renda mais de $\frac{1}{2}$ até 1 salário mínimo. Os percentuais para os que ganham como renda mais de 1 salário mínimo e até $\frac{1}{2}$ salário mínimo foram de 75,7% e 66,1% respectivamente.

No que tange as classes sociais, não houve diferença significativa ($p=0,09$), apesar do valor de p situar-se próximo do limite de significância estatística. As pessoas pertencentes às classes A, B e C mostraram mais conhecimento sobre a 3ª questão (77,3%) do que as das classes D e E (64,5%).

Tabela 13-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação ao **tempo de tratamento**, segundo variáveis demográficas e sócio-econômicas. PCT* do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

CARACTERÍSTICA	CONHECIMENTO SOBRE TEMPO DE TRATAMENTO				P	
	INCORRETA		CORRETA			
	N	%	N	%		
Tipo de cliente						
	Portador tbc	16	23,5	52	76,5	0,27
	Família	26	31,7	56	68,3	
Idade						
	15 – 24	10	29,4	24	70,6	0,46
	25 – 44	15	26,3	42	73,7	
	45 – 64	10	23,3	33	76,7	
	65 ou mais	7	43,8	9	56,2	
Sexo						
	Feminino	22	28,6	55	71,4	0,87
	Masculino	20	27,4	53	72,6	
Cor						
	Não branca	7	18,9	30	81,1	0,16
	Branca	35	31	78	69,0	
Estado civil						
	Sem companheiro	21	30	49	70,0	0,61
	Com companheiro	21	26,3	59	73,7	
Alfabetizado						
	Não	6	33,3	12	66,7	0,59
	Sim	36	27,3	96	72,7	
Renda familiar per capita (n=146)						
	Até ½ salário mínimo (SM)	19	33,9	37	66,1	0,28
	Mais de ½ até 1 SM	11	20,8	42	79,2	
	Mais de 1 SM	9	24,3	28	75,7	
Classificação econômica						
	Classe D e E	22	35,5	40	64,5	0,09
	Classe A,B e C	20	22,7	68	77,3	

* Programa de Controle da Tuberculose

Conforme visualizado na tabela 14, com relação ao fato de não fumar ou ser fumante ou ex-fumante e conhecimento sobre tempo de duração do tratamento, a diferença encontrada não foi significativa ($p=0,46$); ainda que tenha se observado predominância de informação nas pessoas que não fumam (75,0%) em relação as que são fumantes ou ex-fumantes (69,5%). Também não foi significativa ($p=0,70$), a diferença no que se refere ao fator utilização de bebidas com álcool. Os valores obtidos foram de 72,8% para indivíduos que responderam adequadamente e não são usuários de bebidas com álcool e de 69,4% para os que obtiveram informação e são usuários de bebidas com álcool.

No que tange ao conhecimento sobre tempo de tratamento e o fator relacionado ao uso de drogas ilícitas, a diferença não foi significativa ($p=0,45$). Dos indivíduos que responderam corretamente, houve predominância (81,8%) de informação nas pessoas que fazem uso de drogas ilícitas em relação as que não as utilizam (71,2%).

Tabela 14-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação ao **tempo de tratamento**, segundo as variáveis relativas aos hábitos de vida da população estudada. PCT* do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

CARACTERÍSTICA	CONHECIMENTO SOBRE TEMPO DE TRATAMENTO				P	
	INCORRETA		CORRETA			
	N	%	N	%		
Fumo						
	Não Fumante ou ex-fumante	17	25	51	75,0	0,46
		25	30,5	57	69,5	
Bebida alcoólica						
	Não	31	27,2	83	72,8	0,70
	Sim	11	30,6	25	69,4	
Utilização de drogas ilícitas						
	Não	40	28,8	99	71,2	0,45*
	Sim	2	18,2	9	81,8	

* Programa de Controle da Tuberculose

* Teste de Fisher

Segundo a tabela 15, não houve diferença significativa ($p=0,97$) com relação ao conhecimento sobre tempo de tratamento e o fator relacionado à presença de casos de tuberculose na família; sendo os valores observados muito semelhantes. A percentagem encontrada para as pessoas que obtiveram conhecimento e relataram ter a ocorrência de outros casos foi de 73,1% e de 72,8% para aqueles que disseram não ter ocorrido outros casos na família. Com respeito ao conhecimento referente à 3ª questão e ao número de casos da doença na família, não foi significativa a diferença encontrada, apesar do valor de p situar-se muito próximo do limite de significância estatística ($p=0,06$). Houve predominância (84,2%) de conhecimento nas pessoas que afirmaram a ocorrência de até um caso da doença, em relação aos que mencionaram não haver nenhum caso (72,8%) e aos que tiveram dois casos ou mais da patologia (58,6%).

No que diz respeito ao conhecimento e o fator relacionado à situação do tratamento, a diferença encontrada não foi significativa ($p=0,9$). Os valores encontrados foram muito semelhantes; sendo 73,7% o valor referente aos indivíduos que responderam corretamente e que relataram não ser o tratamento atual o primeiro realizado contra a tuberculose pelo doente. O percentual para pessoas que responderam adequadamente à questão e referiram ser o tratamento atual, o primeiro realizado contra a tuberculose foi de 72,9%. Também não foi significativa ($p=0,15$) a diferença com relação ao conhecimento sobre tempo de tratamento e interrupção do tratamento; apesar de haver predominância (75,0%) de informação na amostra que referiu não haver interrupção do tratamento pelo doente, quando comparados aos que relataram já haver ocorrido interrupção do tratamento (57,1%) pelo portador.

Tabela 15-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares com relação ao **tempo de tratamento**, segundo as variáveis relativas ao histórico individual e familiar de tuberculose da população estudada. PCT* do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

HISTÓRICO DE CASOS DE TUBERCULOSE	CONHECIMENTO SOBRE TEMPO DE TRATAMENTO				P	
	INCORRETA		CORRETA			
	N	%	N	%		
Outros casos de tuberculose na família (n=148)						
	Não	22	27,2	59	72,8	0,97
	Sim	18	26,9	49	73,1	
Nº de casos na família (n=148)						
	Nenhum	22	27,2	59	72,8	0,06
	Até um caso	6	15,8	32	84,2	
	Dois casos ou mais	12	41,4	17	58,6	
HISTÓRICO DA SITUAÇÃO DO TRATAMENTO						
Primeiro tratamento contra Tuberculose (n=148)						
	Não	5	26,3	14	73,7	0,9
	Sim	35	27,1	94	72,9	
Parou o tratamento (n=146)						
	Não	33	25	99	75,0	0,15*
	Sim	6	42,9	8	57,1	

* Programa de Controle da Tuberculose

* Teste de Fisher

6.2.4 Análise do conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre adesão ao tratamento da tuberculose, conforme as variáveis estudadas

Conforme se observa na tabela 16, houve diferença 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 (75,0%) de informação nos indivíduos que são portadores de tuberculose, quando equiparados com os familiares (47,5%). Já, com relação à faixa etária, a diferença encontrada não foi significativa ($p=0,29$) no que se refere ao conhecimento adequado, ainda que ocorreu predominância (69,8%) de conhecimento para as três questões na população com idade de 45 a 64 anos em relação a faixa etária de 25 a 44 anos (59,7%), a de 15 a 24 anos (55,9%) e a de 65 anos ou mais (43,7%).

O fator sexo, não apresentou associação significativa ($p=0,46$); sendo 63,0% o valor encontrado para pessoas do sexo masculino que responderam adequadamente as três questões; e 57,1% o percentual relativo às pessoas do sexo feminino que demonstraram conhecimento adequado.

A diferença não foi significativa ($p=0,49$) para o fator referente a cor da pele e conhecimento para as três questões. Houve predomínio de informação da cor não branca (64,9%) com relação à cor branca (58,4%).

Com relação ao estado civil, a diferença não foi significativa ($p=1,0$); havendo a mesma proporção (60,0%) encontrada para indivíduos com companheiro e sem companheiro que responderam corretamente as três questões.

No que diz respeito à alfabetização, a diferença não foi significativa ($p=0,54$) no que se concerne ao conhecimento adequado para as três questões. Houve um percentual maior (66,7%) de pessoas não alfabetizadas que demonstraram mais esclarecimento do que as alfabetizadas (59,1%).

No que diz respeito à renda familiar per capita, a diferença não foi significativa ($p=0,2$) para o conhecimento referente as três questões. Os valores de 67,6%, 64,2% e 55,4% foram encontrados para pessoas que ganham mais de um salário mínimo, mais de $\frac{1}{2}$ até um salário mínimo e as que ganham até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, respectivamente.

No que tange ao fator relativo as classes sociais, a diferença não foi significativa ($p=0,46$); apesar de haver um percentual maior (62,5%) de informação

nos indivíduos pertencentes às classes A,B e C do que nos referentes às classes D e E (56,5%).

Tabela 16-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre adesão ao tratamento desta doença, segundo as variáveis demográficas e sócio-econômicas. PCT* do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

CARACTERÍSTICA	CONHECIMENTO SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE				P	
	INADEQUADO (2 ou menos questões certas)		ADEQUADO (3 questões certas)			
	N	%	N	%		
Tipo de cliente						
	Portador tbc	17	25	51	75,0	0,001
	Família	43	52,5	39	47,5	
Idade						
	15 – 24	15	44,1	19	55,9	0,29
	25 – 44	23	40,3	34	59,7	
	45 – 64	13	30,2	30	69,8	
	65 ou mais	9	56,3	7	43,7	
Sexo						
	Feminino	33	42,9	44	57,1	0,46
	Masculino	27	37	46	63,0	
Cor						
	Não branca	13	35,1	24	64,9	0,49
	Branca	47	41,6	6	58,4	
Estado civil						
	Sem companheiro	28	40	42	60,0	1,0
	Com companheiro	32	40	48	60,0	
Alfabetizado						
	Não	6	33,3	12	66,7	0,54
	Sim	54	40,9	78	59,1	
Renda familiar per capita (n=146)						
	Até ½ salário mínimo (SM)	5	44,6	31	55,4	0,2*
	Mais de ½ até 1 SM	19	35,8	34	64,2	
	Mais de 1 SM	12	32,4	25	67,6	
Classificação econômica						
	Classe D e E	27	43,5	35	56,5	0,46
	Classe A,B e C	33	37,5	55	62,5	

* Programa de Controle da Tuberculose

* Teste de tendência linear

Conforme observado na tabela 17, a diferença não foi significativa ($p=0,69$) no que tange ao conhecimento adequado e o fator relacionado ao fumo. Dos indivíduos que responderam corretamente as questões 61,8% não fumavam e 58,5% enquadravam-se na categoria de fumantes ou ex-fumantes.

Com relação ao uso de bebidas alcoólicas, a diferença também não apresentou um resultado significativo ($p=0,53$). Das pessoas que responderam adequadamente 61,4% não faziam uso de bebidas contendo álcool e 55,6 as utilizavam.

Quanto ao conhecimento para as três questões e o fator relativo ao uso de drogas ilícitas, a diferença não foi significativa ($p=0,80$). Dos indivíduos que acertaram as perguntas 63,6% eram usuários de drogas ilícitas e 59,7% não as usavam.

Tabela 17-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre adesão ao tratamento desta patologia, segundo as variáveis relacionadas aos hábitos de vida. PCT do Rio Grande-RS, 2006. (n=150).

CARACTERÍSTICA	CONHECIMENTO SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE				P	
	INADEQUADO (2 ou menos questões certas)		ADEQUADO (3 questões certas)			
	N	%	N	%		
Fumo	Não	26	38,2	42	61,8	0,69
	Fumante ou ex-fumante	34	41,5	48	58,5	
Bebida alcoólica	Não	44	38,6	70	61,4	0,53
	Sim	16	44,4	20	55,6	
Utilização de drogas ilícitas	Não	56	40,3	83	59,7	0,80*
	Sim	4	36,4	7	63,6	

* Programa de Controle da Tuberculose

* Teste de Fisher

De acordo com a tabela 18, não houve diferença significativa ($p=0,15$) com relação ao conhecimento referente às três questões e o fator relacionado à presença de casos de tuberculose na família; sendo que houve um percentual (67,2%) maior de indivíduos que responderam adequadamente e relataram ter tido outros casos de tuberculose em relação àqueles que também demonstraram conhecimento e disseram não ter tido outros casos na família (55,6%). Com respeito a associação entre conhecimento relativo às três questões e o número de casos de tuberculose na família,

a diferença encontrada foi significativa ($p=0,03$), observando-se predominância (79,0%) de conhecimento nas pessoas que afirmaram ter tido até um caso da doença, em relação aos que disseram não possuir nenhum caso (55,6%) e aos que tiveram dois casos ou mais da patologia (51,7%).

No que se refere ao conhecimento sobre as três questões e o fator relacionado à situação do tratamento, a diferença não foi significativa ($p=0,80$), apesar de haver predominância (61,2%) de informação nos indivíduos que responderam ser o tratamento atual o primeiro realizado pelo portador contra a tuberculose, em relação aos que responderam corretamente as três questões e referiram não ser o tratamento atual o primeiro realizado pelo doente contra a tuberculose (57,9%). Também não foi significativa ($p=0,15$) a diferença com relação ao conhecimento para as três questões e a interrupção do tratamento; apesar de haver predominância (62,9%) de informação na amostra que referiu não haver interrupção do tratamento pelo doente, quando confrontados com os que relataram já haver ocorrido interrupção do tratamento (42,9%) pelo portador.

Tabela 18-Conhecimento dos clientes com tuberculose e seus familiares sobre adesão ao tratamento desta enfermidade, segundo as variáveis relacionadas ao histórico individual e familiar de tuberculose. PCT* do Rio Grande-RS, 2006.

HISTÓRICO DE CASOS DE TUBERCULOSE	CONHECIMENTO SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE				P	
	INADEQUADO (2 ou menos questões certas)		ADEQUADO (3 questões certas)			
	N	%	N	%		
Outros casos de tuberculose na família (n=148)						
	Não	36	44,4	45	55,6	0,15
	Sim	22	32,8	45	67,2	
Nº de casos na família (n=148)						
	Nenhum	36	44,4	45	55,6	0,03
	Até um caso	8	21	30	79,0	
	Dois casos ou mais	14	48,3	15	51,7	
HISTÓRICO DA SITUAÇÃO DO TRATAMENTO						
Primeiro tratamento contra tuberculose (n=148)						
	Não	8	42,1	11	57,9	0,80
	Sim	50	38,8	79	61,2	
Parou o tratamento (n=146)						
	Não	49	37,1	83	62,9	0,15
	Sim	8	57,1	6	42,9	

* Programa de Controle da Tuberculose

6.3 Fatores relacionados com o conhecimento sobre a adesão ao tratamento da tuberculose

A análise multivariada seguiu o critério estabelecido no modelo hierárquico de análise, descrito na metodologia. A tabela 19 apresenta as razões de prevalência ajustadas e seus intervalos de confiança. No primeiro nível, a variável que foi mantida no modelo, foi tipo de cliente.

Os portadores de tuberculose apresentaram 64% mais probabilidade de conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose do que seus familiares; resultado este com significância estatística ($p=0,001$).

No segundo nível e ajustadas para as variáveis do nível anterior, a variável que permaneceu no modelo foi fumo, por apresentar um valor de p igual ou menor a 0,2. A variável fumo, apesar de não apresentar significância estatística ($p=0,19$), demonstra que os indivíduos que fumam ou são ex-fumantes tem 16% menos probabilidade de conhecimento do que as pessoas que não fumam. No terceiro nível e ajustadas para as variáveis dos níveis anteriores, a variável que se manteve no modelo foi a variável referente ao número de casos de tuberculose na família. A associação foi significativa ($p=0,03$) com relação as pessoas que tiveram a presença de um caso de tuberculose na família. Desta forma, os indivíduos que tiveram um caso de tuberculose na família, tiveram 33% mais probabilidade de conhecimento sobre adesão do que as pessoas que não tiveram nenhum e as pessoas que tiveram dois ou mais casos.

Tabela 19-Análise ajustada para avaliação do conhecimento dos clientes e familiares sobre adesão ao tratamento da tuberculose, segundo modelo de análise

Fator		RP	IC	p
Tipo de cliente ^{a*}	Família	1		
	Portador	1,64	1,25-2,15	0,001
Idade ^a	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 ^a	Feminino	1		
	Masculino	1,04	0,80-1,34	0,76
Cor ^a	Não Branca	1		
	Branca	0,90	0,68-1,19	0,46
Estado civil ^a	Sem companheiro	1		
	Com companheiro	1,07	0,82-1,40	0,61
Alfabetizado ^a	Não	1		
	Sim	0,89	0,62-1,29	0,54
Renda Familiar per capita ^a	Até 1 SM	1		
	Mais de 1 SM	1,10	0,85-1,44	0,44
Classificação econômica ^a	Classe D e E	1		
	Classe A, B e C	1,06	0,81-1,40	0,66
Fumo ^{b*}	Não	1		
	Fumante ou ex-fumante	0,84	0,65-1,08	0,19
Bebida alcoólica ^b	Não	1		
	Sim	0,91	0,66-1,28	0,62
Utilização de drogas ilícitas ^b	Não	1		
	Sim	0,96	0,60-1,53	0,87
Nº de casos de tuberculose na família ^{c*} (n=148)	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 ^c (n=146)	Não	1		
	Sim	0,73	0,39-1,36	0,32

^a Variáveis do 1º nível

^b Variáveis do 2º nível ajustadas para o nível anterior

^c Variáveis do 3º nível ajustadas para os níveis anteriores

* Modelo final

** Valor de p para RP≠1

7 DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que o conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose esteve associado com a condição de ser portador desta patologia e com o fato de já ter ocorrido um caso desta doença na família; aportando elementos importantes para enriquecer a estratégia de controle da tuberculose no Brasil.

Algumas limitações metodológicas podem ter afetado os resultados e passamos a analisá-las. 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 explorar algumas associações que possam ser testadas com outros delineamentos futuros, não podendo considerar estas associações como relações causais definitivas.

Outra limitação do presente estudo poderia estar relacionada com um possível viés de memória. No entanto, este aspecto foi minimizado pela não inclusão na pesquisa dos clientes com tuberculose com término de tratamento superior a três meses.

Também citamos como outro aspecto metodológico da pesquisa, as perdas. Acredita-se que houve subestimação das prevalências encontradas, uma vez que as perdas foram maiores entre o grupo dos portadores, os quais por sua vez apresentaram melhor conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose e portanto a diferença entre este grupo com os familiares pode ser maior. Muitos esforços foram realizados na tentativa de evitar perdas neste estudo, no entanto muitos clientes doentes não foram encontrados, devido à discordância dos dados informados pelos portadores de tuberculose.

É importante mencionar que para fins de operacionalização deste estudo, utilizaram-se critérios para avaliar o conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose, os quais foram embasados no Manual Técnico para o Controle da Tuberculose (BRASIL, 2002 a). Como critérios utilizados para avaliação do conhecimento sobre adesão ao tratamento da patologia tuberculose, escolheram-se

3 questões por considerá-las essenciais para o sucesso do tratamento, as quais dizem respeito à frequência de comparecimento à unidade de saúde para aquisição de medicamentos, periodicidade de ingestão de comprimidos e tempo de duração do tratamento.

Tomando em consideração as limitações antes mencionadas, o presente trabalho encontrou uma prevalência geral de conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose 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 (BRASIL, 2004). 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.

É de supor que quanto maior o conhecimento sobre a continuidade do esquema terapêutico utilizado contra a tuberculose, maiores se tornam as chances de adesão ao tratamento. Assim, quanto menor o grau de conhecimento referente ao seguimento do tratamento, menores são as probabilidades de adesão. O problema da não adesão ao tratamento da tuberculose tem sido apontado como um dos principais fatores responsáveis pela disseminação da doença, bem como pela multirresistência (BRASIL, 2002 c).

Constatou-se uma prevalência de acertos para as três questões de 75% nos clientes com tuberculose e de 47,5% nos membros da família. Faz-se importante ressaltar que todos os familiares pesquisados eram sabedores da ocorrência de tuberculose em seu domicílio.

Também com relação a prevalência de conhecimento para as três perguntas, evidenciou-se que houve 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 tuberculose e o fator tipo de cliente, mostrando uma maior probabilidade de informação nos indivíduos acometidos pela doença do que nos membros familiares. Da mesma forma, houve associação com significância estatística, no que concerne ao fator referente à presença de casos de tuberculose na família, indicando, desta maneira que, as

peças que já tiveram um caso da enfermidade na família apresentaram maior probabilidade de conhecimento sobre continuidade do esquema terapêutico recomendado para tratamento da tuberculose do que os indivíduos que não tiveram nenhum ou já tiveram dois ou mais casos da doença na família.

Era de supor que o conhecimento sobre adesão fosse maior nas pessoas que já tiveram outros casos da patologia em questão 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 da doença na família. No entanto, não se encontra uma justificativa para a não ocorrência de associação nos indivíduos que tiveram dois ou mais casos da doença nos componentes familiares.

Uma pesquisa refere que as práticas de educação em saúde direcionadas à tuberculose necessitam de uma reflexão no campo da pedagogia, com a finalidade de repensar as ações de educação em saúde como um ato dialógico e participativo, as quais devem envolver toda a equipe de saúde, o cliente com tuberculose e seu entorno (LOPES, 2000).

A importância do conhecimento do enfermo acometido de tuberculose é essencial para a eficácia do tratamento. Assim, o desconhecimento do portador de tuberculose frente a esta enfermidade é um fator associado significativamente com a questão relacionada à interrupção do tratamento (MEJÍA; CARMONA, 1995).

O estudo demonstrou também que apenas 47,5% dos familiares tinham conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose. Uma das explicações para este baixo conhecimento dos membros familiares, pode ser explicado 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 tuberculose. Assim o estudo desenvolvido por Orozco et al. (1998), reporta sobre a importância dos membros familiares estarem informados quanto à doença, fato este que vem propiciar melhores resultados no processo de adesão ao tratamento. O estudo desenvolvido por Pace et al. (2003) reforça a importância de educação aos familiares, uma vez que tornam-se suportes no controle de doenças, bem como a prevenção de possíveis complicações dela decorrentes.

Diante dos resultados deste estudo, pode-se questionar a efetividade da implantação da estratégia DOTS, quando realizada por um membro da família. Os

achados deste estudo nos permitem uma reflexão sobre as práticas de educação em saúde direcionadas para os membros 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 vistas a propiciar um melhor desempenho das ações direcionadas ao controle da patologia tuberculose. Assim, para poder implantar a estratégia DOTS, é preciso ser reforçada a necessidade de educação aos membros familiares ou utilizar um profissional de saúde com conhecimentos adequados sobre a enfermidade para a execução deste plano.

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

Outras pesquisas que abordam a questão de conhecimento para outras doenças, mostraram que o sexo feminino e a escolaridade foram fatores importantes para um maior conhecimento. De acordo com Gove (1984), as mulheres demonstram maiores informações no que tange a problemas de saúde do que os homens. Um estudo realizado na cidade de Recife, sobre a avaliação do conhecimento quanto à prevenção do câncer de pele e sua relação com exposição solar, mostrou haver uma diferença estatística significativamente, no que se concerne ao fator sexo, mostrando que há uma maior prevalência de indivíduos do sexo feminino que se protegem da exposição solar, quando comparados com os indivíduos do sexo masculino. Este mesmo estudo salienta que à medida que aumenta o nível de escolaridade, aumenta o percentual de pessoas conhecedoras das conseqüências advindas da exposição à luz solar (HORA et al., 2003).

Um outro trabalho enfatizando o conhecimento e a prática do auto-exame de mama referiu que o conhecimento nas mulheres com cinco ou mais anos de escolaridade é maior do que nas mulheres com menos de cinco anos de escolaridade; mostrando assim que a escolaridade é um fator importante para o conhecimento (FREITAS JÚNIOR et al., 2006).

Também um outro trabalho, que avaliou os fatores associados ao uso de preservativo e ao conhecimento sobre DST/AIDS em jovens de escolas públicas e privadas de São Paulo, mostrou que sexo feminino, maior escolaridade e estudar em escola privada são fatores associados a um maior conhecimento (MARTINS et al., 2006).

Uma pesquisa que aborda a respeito de conhecimentos sobre prevenção e tratamento de glaucoma entre clientes com esta patologia, refere que a escolaridade foi um fator relevante para o conhecimento. Assim, indivíduos com maior grau de instrução demonstraram mais informação sobre glaucoma do que os com menor grau de instrução (SILVA et al., 2004).

O baixo nível de escolaridade interfere no processo de compreensão das informações dos profissionais (DAVIS; WOLF, 2004). Tal situação influencia na resposta ao tratamento, conforme explicitado na pesquisa executada por Chew et al. (2004), que constatou que o não cumprimento das recomendações estabelecidas por profissionais, associa-se com o nível educacional deficiente. Percebe-se assim, que as práticas educativas devem compreender ações voltadas para o entendimento dos indivíduos, de forma que estes atuem de maneira participativa neste processo.

Conforme anteriormente mencionado, uma das explicações para a ausência de associações com essas variáveis sócio-demográficas no presente estudo 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 haver existido associação real. Uma 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 sócio-econômicas.

A tuberculose é uma doença que se encontra intimamente ligada com a pobreza e com a má distribuição de renda (BRASIL, 2004). Verificou-se baixa escolaridade na população estudada; principalmente composta por indivíduos (64,7%) com nível de estudo de no máximo 7 anos completos. A renda per capita média da amostra pesquisada foi de R\$ 319,3. O baixo conhecimento da população estudada, mostra-se como um fator relevante, uma vez que a prevalência da doença está diretamente relacionada com condições precárias deficientes. A baixa

escolaridade torna-se o resultado de um conjunto de condições socioeconômicas deficientes.

Estudos que abordam a questão do conhecimento frente a determinadas doenças, vem sendo cada vez mais explorados na literatura científica, tendo em vista o fato de que estes tornam-se extremamente importantes, uma vez que podem proporcionar ações de intervenções mais efetivas para controle de patologias.

Assim, a escassez de informações entre a população relacionadas à patologia tuberculose vem sendo visualizada como uma das causas que mais tem dificultado a sua erradicação e favorecido sua disseminação. Desta forma, o conhecimento acerca desta enfermidade, divulgado amplamente, por meio de ações educativas, será sem dúvida, uma das mais importantes ferramentas utilizadas para seu combate. As necessidades de conhecimentos e de orientações não têm sido exploradas adequadamente, tornando-se insuficiente para informar a população. Nesse sentido, as ações de educação, as quais devem compreender trabalhos de informação, devem ser um passo para o controle desta doença (AGUILERA et al., 2000). Em estudo realizado com indivíduos acometidos de tuberculose, se constatou que a irregularidade do tratamento por clientes é decorrente de muitas causas, dentre elas, a falta de educação em saúde é uma muito importante (CEBRIÁN, PRADO; 1969).

Diante deste problema de grande agravo social que é a tuberculose, constata-se que para atingir altas taxas de cura e conseqüentemente reduzir a carga epidemiológica desta doença, é prioritário que sejam intensificadas as ações de educação em saúde direcionadas ao controle desta patologia; e que tais ações abranjam as necessidades da população em geral. Para isso, torna-se necessária a execução de diferentes trabalhos de esclarecimentos à comunidade, incluindo campanhas e propagandas na mídia. Campanhas de informações com relação à doença, sintomatologia, diagnóstico, forma de transmissão, tratamento e prevenção devem ser incorporados aos currículos escolares. Folhetos e cartazes alusivos à doença devem ser distribuídos em repartições públicas e privadas, tais como supermercados, farmácias, bancos, estabelecimentos de saúde, escolas, consultórios médicos, entre outros setores. Palestras em escolas e empresas devem ser realizadas periodicamente.

Ressalta-se a relevância da consulta de enfermagem no decorrer do tratamento da enfermidade tuberculose, instrumento este que possibilita a execução

de um plano de intervenções voltado às necessidades dos doentes e seus familiares durante o tratamento, cuja meta principal é a saúde e educação num contexto biopsico-social (SANTOS et al., 1987).

Entende-se assim, que apesar dos recentes avanços tecnológicos referentes ao tratamento da tuberculose, ainda se faz necessário à implementação de políticas de saúde bem sucedidas para controle da doença. Assim, os resultados deste estudo, nos permitem mostrar que existe necessidade de programas de educação contínua dirigida aos enfermos, família e comunidade. Compreender as razões que existem por trás de tratamentos mal sucedidos torna-se um fator extremamente relevante para a melhoria dos índices de cura da patologia, e conseqüentemente controle da doença.

8 CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, conclui-se que o conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose é baixo e que este encontra-se associado significativamente com a condição de ser portador de tuberculose e com o fato de já haver ocorrido presença de um caso da enfermidade na família.

Constata-se que os indivíduos acometidos pela patologia em questão possuem mais probabilidade de conhecimento do que seus membros familiares. Diante desta constatação, percebe-se o comprometimento da implantação da estratégia DOTS, quando efetuada por membro da família.

Os dados deste trabalho tornam evidente, que apesar de muitos avanços com relação à tuberculose, inclusive a cura da doença, ainda é preciso rever novas estratégias, a fim de controlar as altas taxas de tuberculose. Os achados deste estudo apontam para a necessidade de intensificação de ações educativas, as quais necessitam serem direcionadas aos enfermos, seus familiares e comunidade. Tais ações requerem uma abordagem dialógica e participativa. Constata-se assim, que esclarecimentos a respeito desta enfermidade tornam-se peças fundamentais para o controle da epidemia da tuberculose.

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 tuberculose, uma vez que a não continuidade a 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 tuberculose no Brasil, melhorando assim a qualidade da assistência prestada nos PCT e conseqüentemente favorecendo melhores índices de adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ – GORDILHO, G. C.; DORANTES – JIMENEZ, J.E. Tratamiento acordado estrictamente supervisado para tuberculosis pulmonar. **Salud Publica de México**, v. 40, n. 3, 1998. p. 272 – 75.

AGUILERA. A. E. C., et al. Conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis. 1994 – 1996. *Rev. Cubana Méd Trop*, 2000. p. 110 – 04.

BARNHOORN, F.; ANDRIANSE, H. Search of factores responsible for noncompliance among tuberculosis patients in Warha District. **Social Science and Medicine**, Índia, v. 34, 1992. p. 291 – 306.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R. KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2003.

BERGEL, F. S.; GOUVEIA, N. **Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose**. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n. 6, 2005. p. 898-905.

BORDENAVE, J. E. D. **Alguns fatores pedagógicos**. In: **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos (J. P. Santana & J. L. Castro, Org.)**, Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/ Editora: UFRN, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção Básica. **Manual técnico para controle da tuberculose**. Cadernos de Atenção Básica, n. 6. Brasília, 2002 a. 62 p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5 ed. v. 2. Brasília, 2002 b. 842 p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga . Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino – serviço**. 5ª ed. Rio de Janeiro, 2002 c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. 2004.

CAPRA, F. **O ponto de mutação – A ciência, a Sociedade e a Cultura emergente.** São Paulo: Cultrix, 2000.

CEBRIÁN, J.; PRADO, J. Causas del tratamiento irregular de los tuberculosos en una unidad de salud. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 1969. p. 43 – 51.

CHEW, L. D. ; et al. The impact of low health literacy on surgical practice. **The American Journal of Surgery**. n. 188, 2004. p. 250 – 53.

COSTA, J.D. et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: Adesão ao tratamento. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 1998. p. 409 – 15.

CUMMINGS, K. C., et al. Movement of tuberculosis patients and the failure to complete antituberculosis. **Am J Respir Crit Care Med**. v. 157, n. 1, 1998. p. 1249-52.

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL, ANEP – Associação Nacional de Empresas de Pesquisa, 2003. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf>. Acesso em: 20 de ago. 2005.

DAVIS, T. C.; WOLF, M. S. Health Literacy: Implications for Family Medicine. **Fam Med**. v. 36, n. 8, 2004. p. 595 – 98.

FARMER, P.; KIM, J.Y. Community based approaches to the control of multidrug - resistant tuberculosis: introducing “DOTS – plus”. **BMJ**. v. 317, 1998, p. 671-74.

FERRER, S.G., et al. Caracterización del paciente tuberculoso que abandona el tratamiento, Santiago de Chile. **Jornadas Internacionales de Investigación en Enfermería**, 1991. p. 25-27.

FERREIRA, S. M. B.; SILVA, A. M. C.; BOTELHO, C. Tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil (1998 – 2000): distribuição espacial. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 13, n. 3. 2004. p. 175-84.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra , 1987.

FREITAS–JÚNIOR, R., et al. Conhecimento e prática do auto-exame de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v. 52, n. 5, 2006. p. 337-41.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do cliente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 1999. p. 777 – 87.

GOVE, W. R. Gender differences in mental and physical illness: the effects of fixed roles and nurturant roles. **Social Science and Medicine**, v. 19, n. 2, 1984. p. 77-91.

HORA, C., et al. Avaliação do conhecimento quanto a prevenção do câncer da pele e sua relação com exposição solar em freqüentadores de academia de ginástica, em Recife. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 6, 2003. p. 693-701.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica**: Uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

ISEMAN, M.D. In: GOLDMAN, L.; BENNET, J.C. **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 21.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.2, 2001.

KAONA, F. A. D. et al. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. **BMC Public Health**, 2004, 4:68.

LEVINSON, W.; JAWETZ, E. **Microbiologia Médica e Imunologia**. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 1998.

LIBÂNEO, J. C. Tendências pedagógicas na prática escolar. **Revista da Associação Nacional de Educação**, v.3, 1983.

LIMA, M. B., et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17, n.º 4. Rio de Janeiro, 2001. p. 1-13.

LOPES, R.C. **O programa de controle da tuberculose no município de Duque de Caxias/RJ e a educação em saúde: uma perspectiva de promoção da saúde ou prevenção da doença**. Dissertação apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2000. 103 p.

MARTINS, L. B. M., et al. 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. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2006. p. 315-23.

MARTÍNEZ, M.C. et al. Factores que influyen en el abandono antituberculoso y valoración de un programa de vigilância familiar. **Revista Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social**, México, v. 20, n.6, 1982. p. 667-675.

MEJÍA, J. M.; CARMONA, E. G. Abandono del tratamiento antituberculoso: factores asociados. **Rev. Méd. IMSS**, v. 33, n. 5, 1995. p. 481-5.

MURRAY, P .R., et al. **Microbiologia Médica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

NATAL, S. et al. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, 1999. p.: 65 – 78.

OLIVEIRA, H. B. de; MOREIRA FILHO, D. de C. Abandono do tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993 – 1994. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.5, 2000. p.437-443.

OROZCO et al. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. **Médicas UIS**, v. 12, 1998. p. 169-72.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. DOTS – Plus & el Comité Luz Verde (Green Light Committee). **WHO/CDS/TB/2000. 283**. Geneva, 2000.

_____. Un Marco Ampliado de DOTS para el Control Eficaz de la Tuberculosis. Alto a la Tuberculosis Enfermedades Transmisibles. **WHO/CDS/TB/2002.297**. Genebra, 2002 a.

_____. Quadro geral estratégico para reduzir o peso da TB/HIV. **WHO/CDS/TB/2002.296**. Geneva, 2002 b.

_____. Alianza Alto a la tuberculosis. Stop TB. **Plan Mundial para detener la tuberculosis**. Genebra, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programas nacionales de control de TB. Oficina Regional de la OMS. **OPS/HCP/HCT176/00**. México, 2000.

_____. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. **Informe de la 2^{da} Reunión Stop TB em las Américas**. 2001.

_____.Conclusiones de la reunión STOP/TB en Santo Domingo. **OPS/OMS/DPC/TUB**.v.6, n.2, jul. 2003.

_____. **Tuberculosis. Hoja Informativa 2004, Américas**. Disponível em: <www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-fact-sheet-2004.pdf> Acesso em 11. fev. 2006.

PACE, A. E.; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Rev. Latino-americana Enfermagem**. v. 11, n. 3, 2003. p. 312-9.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v.26, n.4, 2000. p. 159 – 62.

RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Ações em Saúde. Secretaria da Saúde do estado do Rio Grande do Sul. Disponível: <www.saude.rs.gov.br/das/documentos/dados_tbc_rs_novo.pdf> Acesso em: 8 fev. 2006.

SANTOS, S.R.dos; LEMOS, M.J. de A.; PÉREZ, V.L.de A. B. Avaliação da consulta de enfermagem: uma experiência na clínica de tisiopneumologia do ambulatório do Hospital Universitário – UFPb. **CCS**, v.9, n.1, 1987, p.41-47.

SCHALL, V. T.; STUCHINER, M. Educação em Saúde: novas perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, 1999.

SILVA, M.J.L. da, et al. Conhecimentos sobre prevenção e tratamento de glaucoma entre pacientes de unidade hospitalar. **Arq Bras Oftalmol**. v. 67, n. 5, 2004, p. 785-90.

SMIRNOFF, M. et al. Directly observed therapy in an inner city hospital. **Int J Tuberc Dis**. v. 2 n. 2, 1998. p. 134-9.

SUMARJOTO, E. M., et al. Can physicians treat tuberculosis? Report on a national survey of physicians practices. **Am J Public Health**. v. 87, 1997. p. 2008-11.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C.L. **Microbiologia**. 6.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

VENDRAMINI, S. H. F. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente**. Ribeirão Preto: USP, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of Commission on Macroeconomics and Health**. Geneva: WHO; 2001.

_____. Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO/TB/2002.295. Geneva. WHO, 2002.

_____. Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO/TB/2003.316. Geneva, Swtzerland: WHO, 2003 a.

_____. Adherence to long – term therapies. Evidence for action. WHO/MNC/03.01. Geneva: WHO, 2003 b.

_____. Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO/HTM/TB/2004.331. Geneva: WHO, 2004.

_____. Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO/HTM/TB/2005.349. Geneva: WHO, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE I
PLANILHA PARA COLETA NO CENTRO DE SAÚDE
DADOS DO PRONTUÁRIO DO CLIENTE COM TUBERCULOSE

Nome do cliente com tuberculose	Nº do prontuário	Endereço/ Bairro/ Referência	Fone	Mês de tratamento	Esquema terapêutico

APÊNDICE II
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM
PESQUISA SOBRE TUBERCULOSE
QUESTIONÁRIO FAMILIAR

01)Nº do Questionário: _____	01)QuestF___
02)Nº da família: _____	02)Fam ___
03)Entrevistador: _____	03)Entr _
04) Data da entrevista: _____	04)DateF__/_/_/____
05) Endereço: _____	
Fone p/ contato: _____	
06) Bairro: _____	06)Bairro _
Ponto de Referência: _____	
07) Quantas pessoas moram na casa (incluindo o (a) Sr. (a)? ___ pessoas	07)Nupess __
08) Quantas peças usam para dormir? ___ peças	08)Pecdorm _
09) Como é a sua casa? () 1.Tijolo 2.Madeira 3.Madeira e Tijolo 4.Madeira e papelão 5.Lata e papelão 6.Outra: _____	09)Tipcas _
10) Tem água encanada na sua casa? () 0. Não 1.Sim, do lado de fora da casa 2.Sim, do lado de dentro da casa	10)Encan _
11) De onde vem a água para beber? () 1. Rede pública (CORSAN) 2.Poço/Cacimba 3.Rio, lagoa, açude	11)Água _
12) Como é a privada da sua casa? () 0.Não tem 1. Sanitário com descarga 2.Sanitário sem descarga 3.Casinha	12)Sanit _
13) Na sua casa tem:	

APÊNDICE III
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM
PESQUISA SOBRE TUBERCULOSE

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <p>01) N° do Questionário:</p> <p>_____</p> | <p>01) Questl_ _ _</p> |
| <p>02) N° da família: _ _ _</p> | <p>02) Fam_ _ _</p> |
| <p>03) No. do cliente: _ _</p> <p>Nome do cliente:</p> <p>_____</p> | <p>03) Ncliente_ _</p> |
| <p>04) Tipo de cliente: () 1. Portador de TBC 2. Família</p> | <p>04) Tipclient_</p> |
| <p>05) Data da entrevista: _ _ / _ _ / _ _ _ _</p> | <p>05) Datel_ _ / _ _ / _ _ _ _</p> |
| <p>06) Data de Nascimento: _ _ / _ _ / _ _ _ _</p> | <p>06) Datnal_ _ / _ _ / _ _ _ _</p> |
| <p>07) Sexo: () 1. Feminino 2. Masculino</p> | <p>07) Sexo _</p> |
| <p>08) Cor da pele: () 1. Negra 2. Branca 3. Parda</p> | <p>08) Cor _</p> |
| <p>09) Estado Civil: () 1. Solteiro 2. C/companheiro ou casado</p> <p>3. Separado 4. Viúvo</p> | <p>09) Estciv _</p> |
| <p>10) Sabe ler e escrever? () 0. Não 1. Sim 2. Só assinar</p> | <p>10) Ler _</p> |
| <p>⇒ Se Não: pular para questão 12</p> <p>⇒ Se SIM:</p> | |
| <p>11) Até que série, o (a) Sr.(a) estudou? Série: _____ Grau: _____</p> | <p>11) Sériel _ Graul _</p> |
| <p>12) O (a) Sr(a) trabalhou no mês passado? () 1. Sim 2. Não. Estava desempregado</p> <p>3. Não. Estudante 4. Não. Do lar 5. Não. Aposentado/pensionista</p> | <p>12) Trabal _</p> |
| <p>⇒ Se Não: pular para questão 14</p> <p>⇒ Se SIM</p> | |
| <p>13) Que tipo de trabalho fez? _____</p> <p style="padding-left: 40px;">8. NSA 9. IGN</p> | <p>13) Tiptrab: _</p> |
| <p>14) SE DESEMPREGADO, a quanto tempo? _ _ (meses)</p> <p style="padding-left: 40px;">88. NSA 99. IGN</p> | <p>14) Tempdes _ _</p> |
| <p>15) O (a) Sr.(a) fuma ou já fumou? ()</p> <p>0. Não 1. Sim 2. Fumou, mas parou há mais de 6 meses</p> | <p>15) Fumo _</p> |
| <p>⇒ Se Não: pular para questão 17</p> <p>⇒ Se SIM</p> | |
| <p>16) Quantos cigarros por dia, você fuma? _ _ 88. NSA 99. IGN</p> | <p>16) Cig/dia _ _</p> |

17) O (a) Sr.(a) costuma tomar bebida de álcool? () 0.Não 1.Sim

17) Álcool _

⇒ **Se Não: pular para questão 21**

⇒ **Se SIM**

18) Quantos dias por semana, o (a)Sr.(a) costuma beber? _____

18) Diasb _

8.NSA 9.IGN

19) Que tipo de bebida costuma tomar?

a) Cachaça () 0.Não 1.Sim

19 a) Cach _

b) Cerveja () 0.Não 1.Sim

19 b) Cerv _

c) Vinho () 0.Não 1.Sim

19 c) Vinho _

d) Whisky () 0.Não 1.Sim

19 d) Whisky _

e) Samba () 0.Não 1.Sim

19 e) Samba _

f) Outro, qual? _____

19 f) Outbeb _

8.NSA 9.IGN

20) Que quantidade costuma tomar dessa bebida?

a) Martelinho () 0.Não Se sim, quantos _

20 a) Martnho _

b) Martelo () 0.Não Se sim, quantos _

20 b) Martelo _

c) Copo () 0.Não Se sim, quantos _

20 c) Copo _

d) Dose () 0.Não Se sim, quantos _

20 d) Dose _

e) Lata () 0.Não Se sim, quantos _

20 e) Lata _

f) Garrafa () 0.Não Se sim, quantos _

20 f) Garraf _

g) Outro, especificar _____

20 g) Outquan _

8.NSA 9.IGN

21) O (a) Sr. (a) utiliza drogas ilícitas? () 0.Não 1.Sim

21) Usodrog _

⇒ **Se Não: pular para questão 23**

⇒ **Se SIM**

22) Que tipo de droga(s) o (a) Sr. (a) usa?

a) Maconha () 0.Não 1.Sim

22 a) Maconh _

b) Cocaína () 0.Não 1.Sim

22b) Coca _

c) Crack () 0.Não 1.Sim

22 c) Crack _

d) Heroína () 0.Não 1.Sim

22 d) Heroí _

e) Outra, especificar _____

22 e) Outdrog _

8.NSA 9.IGN

DADOS REFERENTES AO HISTÓRICO DA FAMÍLIA
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A DOENÇA DE
PULMÃO.

23) O (a) Sr.(a) sabe me dizer se já houve outros casos de tuberculose, anteriormente, além do caso do caso do (a) <NOME> na sua família?
() 0.Não 1.Sim 9. IGN

23) Outrcas _

⇒ **Se Não ou IGN: pular para questão 25**

⇒ **Se SIM**

24) Quantos casos da doença, já houve na sua família? ____8. NSA
9. IGN

24) Ncaso _

DADOS RELATIVOS AO CLIENTE COM TUBERCULOSE

25) Este é o primeiro tratamento que o (a) <NOME> faz para a tuberculose?() 0.Não 1.Sim 9.IGN

25) Primtra _

26) O (a) <NOME> já parou o tratamento alguma vez? () 0.Não 1.Sim 9.IGN

26) Parout _

⇒ **Se Não ou IGN: pular para questão 28**

⇒ **Se SIM**

27) Quantas vezes, o (a) <NOME> já parou o tratamento? ____ 8. NSA
9.IGN

27) Nvezeparout _

DADOS REFERENTES AO CONHECIMENTO DOS CLIENTES COM TUBERCULOSE E SEUS FAMILIARES COM RELAÇÃO A ADESÃO AO TRATAMENTO

28) O (a) Sr.(a) sabe me dizer de quanto em quanto tempo o (a) <NOME> necessita ir à unidade de saúde para receber medicamentos para o tratamento da tuberculose? _____

28) Buscmed _

29) O (a) Sr. (a) acha que o (a) < NOME> precisa tomar medicação de quanto em quanto tempo? _____

29) Tomamed _

30) Quantos meses o (a) Sr. (a) acha que é preciso fazer o tratamento para ficar curado? __ _

30) Temtrat _ _

AO FINALIZAR AGRADEÇA A COLABORAÇÃO DA PESSOA

APÊNDICE V
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**MANUAL DO ENTREVISTADOR – CONHECIMENTO DOS CLIENTES COM
TUBERCULOSE PULMONAR E SEUS FAMILIARES SOBRE ADESÃO AO
TRATAMENTO E FATORES ASSOCIADOS, NO MUNICÍPIO DO RIO
GRANDE/RS.**

Mestranda: Silvana Monteiro Costa
Orientador: Prof. Dr. Raúl Mendoza Sassi

Rio Grande/ janeiro de 2006

INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE CAMPO

1) CADA ENTREVISTADOR DEVERÁ TER O SEGUINTE MATERIAL, NECESSÁRIO PARA REALIZAR AS ENTREVISTAS:

- termo de consentimento livre e esclarecido;
- crachá;
- carteira de identidade;
- lápis, borracha, apontador, prancheta e pasta;
- questionário familiar;
- questionário individual;
- manual de instruções;
- planilha de controle;

2) APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR:

- Informar quem é o entrevistador e o motivo da visita. Dizer que são estudantes da FURG e que estão realizando uma pesquisa sobre tuberculose.

- Mostrar as credenciais.

- Reforçar a importância do estudo para todas as pessoas da cidade.

- Se houver recusa inicial de colaborar, tentar três vezes mais em outras oportunidades, combinando horários mais adequados para o entrevistado. Deve-se insistir, mas com educação. Reforçar a importância do estudo para a saúde das pessoas do município. Informar ao supervisor sobre as recusas ocorridas. Persistindo a recusa, anotar como perda na planilha de controle.

- Se o indivíduo a ser entrevistado não for localizado, deve-se tentar três vezes mais, em outras oportunidades. Deve-se também, obter informações com os familiares, vizinhos, a respeito do melhor horário de localizar a pessoa a ser entrevistada. Persistindo a não localização da pessoa a ser entrevistada, deve-se anotar como perda na planilha de controle.

3) INSTRUÇÕES GERAIS DO QUESTIONÁRIO

- a) Considerar a família como todas as pessoas que fazem refeições juntas.
- b) Todas as pessoas da casa, com idade igual ou superior a 15 anos devem ser entrevistadas. Em caso de não estar presente algum dos moradores, perguntar o horário em que é possível encontrá-lo. O questionário familiar, deve ser aplicado de preferência ao responsável pela família (a pessoa que tem a maior renda na casa).
- c) Para pessoas adultas, sempre se referir como Sr. ou Sra.
- d) Usar lápis no preenchimento e utilizar prancheta de apoio.
- e) Formular as perguntas exatamente como estão escritas e devagar, sem induzir a resposta.
- f) Se não houver compreensão da pergunta voltar a repeti-la; só em último caso ler as opções possíveis, a não ser no caso de perguntas em que é necessário ler as alternativas.
- g) Se houver dúvida de como marcar a resposta, escrever a mesma por extenso para posterior discussão com o supervisor.
- h) Se a resposta for "não sei", marcar ignorado (sempre em último caso).
- i) Quando uma resposta parecer pouco confiável, comentar sobre a qualidade da resposta.
- j) Não deixar resposta em branco.
- k) Não faça contas durante a entrevista. Se por algum motivo a resposta se refere a um período e não à extensão solicitada pela pergunta, anote a quantidade e o período correspondente, que na codificação será ajustado.
- l) No questionário há instruções para realizar as perguntas, escritas em negrito. As instruções que estão em itálico devem ser lidas ao entrevistado. As perguntas devem ser realizadas tal qual estão escritas. Se a pessoa não entende a pergunta, repeti-la.
- m) Se o entrevistador vê que há discrepância entre a resposta dada e o observado por ele, perguntar novamente. Mantendo-se a discrepância anotar a resposta dada e fazer por escrito uma observação com o que foi visto, para consultar posteriormente o supervisor.

4) CODIFICAÇÃO

- a) As codificações devem ser realizadas no mesmo dia da entrevista, mas ao final do trabalho de campo.
- b) Questões em aberto não devem ser codificadas pelo entrevistador. Devem ser escritas por extenso, conforme foi respondida, para posterior codificação.
- c) Código "0" deve ser aplicado como "não", ou como zero.
- d) O código 8 – 88 - correspondente ao **Não Se Aplica (NSA)**, deve ser utilizado quando a pergunta a seguir não deve ser realizada, e será pulada. O código 9 - 99 - corresponde a **Ignorado**.
- e) Se uma resposta coincide com o código, codificá-la com um número menor ou maior. Esta situação deve ser reportada ao supervisor.

5) QUESTIONÁRIO FAMILIAR

1) **Nº do Questionário**

2) **Nº da Família**

Deixar o nº. do questionário em branco. O nº. da família será fornecido ao entrevistador previamente codificado com os números 001, 002, 003, etc.,. Estes três números deverão ser utilizados nos questionários individuais, para pessoas da mesma família.

3) **Entrevistador:** Preencher com o nome de quem realiza a entrevista.

4) **Data da entrevista:** / / . Escrever dia, mês e ano (quatro dígitos) em que é realizada a entrevista.

5) **Endereço:** Escrever o nome da rua e o número da casa. Não havendo número, fazer a observação que a casa não tem numeração.

Fone: Se a família tiver telefone anotar. Pode servir para algum contato posterior.

6) **Bairro:**

Este campo é importante que seja preenchido, porque facilitará a localização posteriormente. Anote uma **referência importante**, como “em frente à praça tal”, “ao lado da fábrica tal”, “do lado do baldio”, etc.

7) **Quantas pessoas moram nesta casa ?**

Anotar o número total de pessoas que dormem e fazem refeições na casa, sem

importar a idade e o grau de parentesco.

8) Quantas peças usam para dormir? nº de peças__

Anotar o número de quartos que usam para dormir.

9) Tipo de casa:

**Tijolo(1) Madeira(2) Tijolo/madeira(3) Madeira/Papelão(4) Papelão/lata(5)
Outras (6)**

Marcar como tijolo, quando a casa for de alvenaria, revestido ou não. Casas construídas com madeira industrializada pré-fabricada deve ser codificada com 2. Casas que tem partes de alvenaria e outras de madeira (tabuas), ou pedaços de madeira, devem ser codificadas como 3. Casas construídas com tabuas, pedaços de madeira e papelão, utilizar código 4. O código 5 deve ser usado para casas de papelão e/ou lata predominantemente (malocas). O código 6 deve ser utilizado para outro tipo de construção que não citada.

10) Tem água encanada na sua casa?

Não (0) sim fora de casa (1) sim dentro da casa (2)

Anotar 0 se a água que se consome na casa não vem de nenhuma torneira. Anotar 1, se há uma torneira no terreno da casa. Anotar 2, se há torneiras dentro da casa.

11) De onde vem a água para beber?

Assinalar o código correspondente.

12) Com é a privada da sua casa?

(0) não tem (1) sanitário c/descarga (2) sanitário s/descarga (3) casinha

Se a casa tiver no terreno uma casinha que é utilizada como banheiro, anotar 3. Se o banheiro for dentro da casa mas não tiver descarga (deve jogar água para esvaziar a patente) anotar 2. Se houver banheiro dentro de casa com descarga, anotar 1. Se não houver nenhuma das anteriores, e as pessoas fazem suas necessidades em aberto, anotar 0.

13) Na sua casa tem?

Perguntar pelos eletrodomésticos que há na casa. Perguntar um de cada vez, interrogando se estão funcionando e a quantidade que existe. Sobre a empregada doméstica, perguntar se na casa trabalha alguma empregada doméstica todos ou a maioria dos dias da semana (não considerar faxineiras ou por hora). Quando a resposta for não codificar com dois zeros (0). Se for afirmativa, codificar segundo a quantidade (1, 2, 3, etc.) 8 e 9, não devem ser

usados, porque podem ser confundidos com Não se aplica (NSA) e Ignorado (IGN). Se a quantidade coincidir com esses números codificar com o número 7.

14) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui?

Anotar em reais, utilizando 4 números. Não incluir decimais. Considerar nesta pergunta a renda do mês anterior, para evitar valores fracionados. Se a pessoa iniciou a trabalhar no mês corrente da entrevista, não incluir a renda. Da mesma forma se o indivíduo ficou desempregado no mês da entrevista, mas trabalhou no mês anterior, incluir a renda anterior.

Como renda, incluir todo tipo de ingresso, incluído aluguel, retiradas periódicas de poupança, etc. Não incluir como renda 13º, ou indenizações por demissões.

Para empregados, considerar a renda bruta. No caso de empregadores, considerar renda líquida. Sendo o indivíduo safrista, colocar o valor correspondente ao último mês. Se for safrista e tiver também um emprego fixo, somar as duas rendas.

A “Renda 1” deve ser destinada para o chefe da família (a pessoa de maior renda na casa). Se possível preencher por ordem decrescente, da maior renda à menor. Havendo mais de 5 pessoas com renda na casa, anotar para completar mais tarde. No final do dia de trabalho, somar todas as rendas referidas, e anotar em “renda familiar”. Se a pessoa não souber informar o valor, mas sabe em salários, anotar o nº de salários e depois consulte com o supervisor.

15) A família tem outra fonte de renda?

Anotar outras fontes de renda, como aluguéis, pensões, e outras entradas que a família tiver.

16) Até que série e grau estudou a pessoa de maior renda da família?

Só considere anos completos ou séries completadas. Se tiver cursado Universidade, codifique Série 0 Grau 3. Se não souber ler e escrever codifique 0.

6) QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

1) Nº do Questionário 2) Nº Família 3) Nº Pessoa

O nº do questionário deve permanecer em branco. Nº da família deve ser igual ao do questionário familiar. Em nº da pessoa iniciar com 01, que será o nº do responsável pela família, e numerar subsequentemente os outros questionários individuais.

Nome do cliente

Anotar o nome completo da pessoa que se entrevista

4) Tipo de cliente**(1) Portador de TBC (2) Família**

Anotar se o entrevistado é a pessoa que está doente (tuberculose) ou se é familiar.

5) Data da entrevista: / /

Anotar dia, mês e ano (quatro dígitos) da data em que se realiza a entrevista.

6) Data de nascimento

Anote dia, mês e ano que a pessoa nasceu, se souber somente a idade, anotar os anos completados até a data da entrevista.

7) Sexo: ____ (1) Fem (2) Masc

Escreva o código do sexo.

8) Cor da pele (*OBSERVE E ANOTE*)**(1) Negra (2) Branca (3) Parda****9) Qual seu estado civil?****(1) Solteiro (2) C/companheiro ou Casado (3) Separado (4) Viúvo**

Anote o estado civil do entrevistado. Se casado oficialmente ou não considere como companheiro. Se separado, divorciado ou sem companheiro, codifique como (3). Nas outras situações codifique conforme o caso.

10) O Sr.(a) sabe ler e escrever?**(0) Não (1) Sim (2) Só assina**

Pergunte se a pessoa sabe ler (um jornal por exemplo) e escrever, se só assina o nome, ou se não sabe escrever ou ler.

11) Até que série, o (a) Sr. (a) estudou? Série__Grau__

Se respondeu SIM à questão anterior, anote até que série e grau completou. Só devem considerados séries completas, ou seja anos aprovados. Universitários com cursos completos, anotar série 0 grau 3.

12) O (a) Sr.(a) trabalhou no mês passado?**(1)Sim (2)Desempregado (3)Estudante (4) Do Lar (5)Aposentado/Pensionista**

Por trabalho, considerar toda forma de trabalho, seja formal, informal, e autônomos. Para responder a esta pergunta, tomar como base o mês anterior. Responder como DESEMPREGADO quando a pessoa não tiver trabalhado no mês anterior, ainda que no momento da entrevista esteja com alguma ocupação. Responder SIM, se a pessoa tiver trabalhado o mês anterior, ainda que no mês em curso esteja

desempregado. Responder Aposentado ou Pensionista, se a pessoa tiver essa condição. Em casos em que a pessoa seja pensionista ou aposentado e continue trabalhando, considerar como SIM. Se não estiver trabalhando por motivo de doença considerar como SIM. Se estuda e trabalha, responder SIM. No caso de jovens que estudam e que se encontram em período de férias, anotar como ESTUDANTE. No caso de mulheres que não tenham uma atividade remunerada, mas sim a atividade doméstica, codificar como DO LAR.

13) Que tipo de trabalho fez?

Se respondeu Sim na pergunta anterior, escrever a resposta por extenso.

14) Se desempregado, escrever o tempo sem trabalho em meses.

15) O (a) Sr.(a) fuma ou já fumou?

(0) Nunca fumou (1) Sim (2) Já fumou, mas parou há mais de 6 meses

Se responder Nunca Fumou ou Já Fumou, passar à questão 17. Se responder que é Fumante, passar à questão 16. A pessoa que tenha fumado apenas uma vez na vida (para experimentar por exemplo), considerar como NÃO FUMANTE.

16) Se Sim, Nº de cigarros por dia que fuma ____ Se responder por maços por dia, considerar que um maço tem 20 cigarros. Se for fração de maço, usar a mesma aproximação. Assim se dizer $\frac{1}{2}$ maço, anotar 10 cigarros. Se for cigarro de palha ou similar, onde a pessoa arma o cigarro, perguntar quantos dias dura um pacote de tabaco. Anotar a informação e depois calcular que 1 grama de tabaco, corresponde a um cigarro.

17) O (a) Sr.(a) costuma tomar bebida de álcool?

Se responder NÃO, pular para a questão 21

18) Se sim, escrever quantos dias na semana bebe.

19) Que tipo de bebida? Marcar SIM a todos os tipos de bebida ingerida. Se houver alguma que não está referida, escrever por extenso.

20) Quantidade de bebida? Assinalar a quantidade conforme referência.

21) O Sr.(a) utiliza drogas ilícitas? Esclarecer, se necessário, que são drogas proibidas. Se responder NÃO pular para a questão 23.

22) Se SIM, marcar quais drogas são usadas.

23) O (a) Sr.(a) sabe me dizer se já houve outros casos de tuberculose, anteriormente, além do caso do (a) <NOME> na sua família? Assinalar conforme código. Se não houver nenhum caso, pular para a questão de número 25.

24) Quantos casos da doença, já houve na sua família?

Escrever conforme for respondido pelo entrevistado, o número de casos de tuberculose, que já houve na família.

25) Este é o primeiro tratamento que o (a) <NOME> faz para a tuberculose?

Assinalar conforme código.

26) O (a) <NOME> já parou o tratamento alguma vez?

Assinalar segundo código. Se a resposta for NÃO pular para a questão 28

27) Quantas vezes, o (a) <NOME> já parou o tratamento?

Escrever conforme respondido pelo entrevistado, o número de vezes que o indivíduo com tuberculose, parou o tratamento.

28) O (a) Sr.(a) sabe me dizer de quanto em quanto tempo o (a) <NOME> necessita ir à unidade de saúde para receber medicamentos? Escrever conforme respondido pelo entrevistado. Anotar o tempo que a pessoa informar (dias, semanas, meses).

29) O (a) Sr. (a) acha que o(a) < NOME> precisa tomar medicação de quanto em quanto tempo?

Escrever conforme respondido pela pessoa entrevistada. Anotar o tempo que o entrevistado informar (horas, dias, semanas, meses).

30) Quantos meses o (a) Sr.(a) acha que é preciso fazer o tratamento para ficar curado?

Escrever conforme respondido pelo entrevistado. Anotar conforme **respondido o tempo que** o entrevistado informa (meses).

As questões de 23 a 30, quando perguntadas ao portador de tuberculose, devem referir-se diretamente a pessoa entrevistada. Se for um familiar deve-se referir-se ao nome do cliente acometido de tuberculose. **Ex: I) O (a) Sr.(a) já parou o tratamento alguma vez? Ex: II) O (a) <NOME> já parou o tratamento alguma vez?/ Ex: I) O (a) Sr.(a) sabe me dizer se já houve outros casos de tuberculose, anteriormente, além do seu caso na sua família? Ex: II) O (a) Sr.(a) sabe me dizer se já houve outros casos de tuberculose, anteriormente, além do caso do <NOME> na sua família?**

IMPORTANTE: NÃO ESQUEÇA, AO FINALIZAR, DE AGRADECER A COLABORAÇÃO DA PESSOA.

APÊNDICE VI
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome da pesquisa: Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande/RS.

Pesquisadores: Silvana Monteiro Costa. **Telefone para contato:** (53)8413 2686/
Raúl Mendoza-Sassi. **Telefone para contato:** (53)3233 8800

Informações relacionadas à pesquisa:

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, que vem acometendo os seres humanos há milênios. Essa enfermidade persiste como um grande problema de saúde pública no mundo e requer uma atenção urgente.

Estamos realizando uma pesquisa, que tem como objetivo investigar o conhecimento que os clientes com tuberculose e seus familiares, possuem em relação à continuidade do tratamento desta doença. O resultado deste estudo poderá vir a auxiliar na redução de casos e mortes por tuberculose.

A sua participação neste estudo será respondendo um questionário sobre o que você sabe, com relação à continuidade do tratamento da tuberculose. É preciso,

a sua concordância, para que estes dados, sejam utilizados para fins de ensino, pesquisa e divulgados em publicações científicas.

Você poderá pedir esclarecimento, a qualquer momento, acerca dos assuntos relacionados à pesquisa e ao questionário. Terá a liberdade de recusar-se a participar deste trabalho, como também de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Você terá a garantia de que seu nome não será divulgado. Terá acesso às informações em todas as fases do trabalho, bem como aos resultados. Este trabalho, não lhe causará nenhum tipo de risco e dano físico; e você não terá nenhum tipo de gasto com este estudo.

Tendo recebido todas as informações e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa.

Nome do participante

Assinatura do participante

Data: __/__/__

Nome do entrevistador(a)

Assinatura do entrevistador(a)

Data: __/__/__