

SÉRGIO FERREIRA JÚNIOR

CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE TUBERCULOSE E
HIV/AIDS EM PRISÕES E NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Campinas, 2011

UNICAMP

SÉRGIO FERREIRA JÚNIOR

CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE TUBERCULOSE E
HIV/AIDS EM PRISÕES E NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Dissertação de mestrado apresentada à Pós-
graduação da Faculdade de Ciências Médicas do
Departamento de Medicina Preventiva da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de
mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Helenice Bosco de Oliveira

Campinas, 2011

UNICAMP

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

F413c Ferreira Júnior, Sérgio
 Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose e HIV/AIDS
 em prisões e no serviço público de saúde / Sérgio Ferreira Júnior. --
 Campinas, SP : [s.n.], 2011.

 Orientador : Helenice Bosco de Oliveira
 Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
 Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Tuberculose. 2. Prisões. 3. Serviços de saúde pública. I.
 Oliveira, Helenice Bosco de. II. Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês: Knowledge, attitudes and practices on tuberculosis and
HIV/AIDS in prisons and public health**

Keywords: • Tuberculosis
 • Prisons
 • Public Health Services

**Titulação: Mestrado em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Epidemiologia**

Banca examinadora:

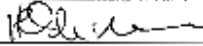

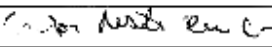
**Prof. Dr. Helenice Bosco de Oliveira
Prof. Dr. Carlos Roberto Silva Corrêa
Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira**

Data da defesa: 22-02-2011

Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

Sérgio Ferreira Júnior

Orientador(a): Helenice Bosco de Oliveira

Membros:	
Professor (a) Doutor (a) Helenice Bosco de Oliveira	
Professor (a) Doutor (a) Péricles Alves Nogueira	
Professor (a) Doutor (a) Carlos Roberto Silveira Corrêa	

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 22/02/2011

Aos meus pais, Sérgio (*in memoriam*) e Carmen.

Meus exemplos de persistência, humildade, dignidade e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram nessa longa caminhada na produção desta dissertação de mestrado. Seja apontando caminhos, sugerindo bibliografias, ouvindo as angústias, ou simplesmente não entendendo nada do que eu dizia ou fazia, mas mesmo assim, me apoiando e dando forças nos momentos mais cruciais. Portanto, muito obrigado a todos, para o caso de algum esquecimento.

Os primeiros agradecimentos vão para minha mãe **Carmen Catti Ferreira** e minha irmã especial **Patrícia Ferreira** pela compreensão das minhas ausências. Agradeço amorosamente ao meu companheiro **José Maria de Sampaio Barros Neto**, pela paciência, dedicação e apoio nas horas mais difíceis.

Sou especialmente grato à **Prof^a. Dr^a. Helenice Bosco de Oliveira** pela oportunidade de receber sua orientação nesta pesquisa, à **Prof^a. Dr^a. Letícia Marin-Léon** pelo incentivo no registro dos detalhes do cotidiano prisional e na colaboração nas análises dos dados, ao **Prof. Dr. Nelson Filice** e **Prof. Dr. Carlos Roberto Silva Corrêa** pelas valiosas sugestões na qualificação do mestrado e ao **Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira** pelas grandiosas contribuições na defesa desta dissertação.

Agradeço ainda à minha amiga e colega de mestrado, **Cândida Marisa Olchenski** no compartilhamento das angústias e afeto. Meus agradecimentos à minha amiga e colega de trabalho **Prof^a. Dr^a. Vivian Mae Schmidt Lima Amorim** pelo apoio na produção desta pesquisa, ao publicitário **Valdomiro Baghin** pelas

dicas de cinema com a temática prisional, à minha colaboradora **Profa. Mirian Raquel de Souza** e às enfermeiras **Cheylah Mendonça** e **Simone Gonçalves Gallo** que muito contribuíram para a aplicação dos questionários na rede pública de saúde.

Meu muito obrigado aos servidores do Complexo Penitenciário de Hortolândia, em especial ao diretor da Coordenadoria Regional dos Presídios da Região Central **Dr. José Reinaldo da Silva** e à assistente social **Elisande Quintino** da FUNAP pelo apoio.

Também agradeço imensamente ao médico **Dr. João Roberto Miller**, à colega cirurgiã dentista **Dra. Márcia Gandelmann** e ao **Prof. Valter Stanise** pelas oportunidades, apoio e confiança em meu trabalho.

E por fim, serei eternamente grato ao antropólogo **Prof. Dr. Alcides Fernando Gussi** por ter convivido alguns anos em sua companhia e através do seu apoio, carinho e dedicação, ter-me despertado outros caminhos a serem trilhados na odontologia, em especial no atendimento às pessoas convivendo com HIV/aids.

SUMÁRIO

Introdução.....	pág.21
Hipótese.....	pág.43
Objetivo Geral.....	pág.45
Objetivos Específicos.....	pág.47
Material e Métodos.....	pág.49
Resultados.....	pág.63
Discussão.....	pág.73
Conclusões.....	pág.101
Referências bibliográficas.....	pág.107
Anexo 1.....	pág.135
Anexo 2.....	pág.145
Anexo 3.....	pág.147

LISTA DE ABREVIATURAS

ACMS: *Advocacy*, Controle e Mobilização Social

AIDS: Síndrome da imunodeficiência adquirida

CCRJ: Casa de Correção do Rio de Janeiro

CCZ: Centro de Controle de Zoonoses

CDC: Center for Diseases Control and Prevention

CIPA: Comissão Interna de Prevenção a Acidentes

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

FUNAP: Fundação Prof. Dr. Manoel Pedro Pimentel

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

KAP: Knowledge, Attitudes and Practices

OMS: Organização Mundial da Saúde

P III C.P.: Unidade prisional III do Complexo Penitenciário

P.A: Pronto atendimento

PNSSP: Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário

PSF: Programa de Saúde da Família

SAE: Serviço de Atenção Especializada

SAP: Secretaria de Administração Penitenciária

TB: Tuberculose

T.C.L.E: Termo de consentimento livre e esclarecido

T.V.: Televisão

UBS: Unidade básica de Saúde

UNAIDS: United Nations Programme HIV/AIDS

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

USP: Universidade Estadual de São Paulo

V.E: Vigilância Epidemiológica

WHO: World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:

Características dos detentos, dos funcionários da unidade III do Complexo Penitenciário e rede pública de saúde segundo variáveis sociodemográficas.....pág. 91

Tabela 2:

Conhecimento e atitudes dos detentos, dos funcionários dos da unidade III do Complexo Penitenciário e rede pública de saúde sobre tuberculosepág. 92

Tabela 3:

Atitudes e comportamentos dos detentos, dos funcionários da unidade III do Complexo Penitenciário e rede pública de saúde sobre tuberculose.....pág. 95

Tabela 4:

Atitudes e estigma dos detentos, dos funcionários da unidade III do Complexo Penitenciário e rede pública de saúde sobre tuberculose.....pág.97

Tabela 5:

Conhecimento dos detentos, dos funcionários da unidade III do Complexo Penitenciário e rede pública de saúde sobre o HIV/aids.....pág.99

ABSTRACT

This study analyzed comparatively the knowledge, attitudes and practices of the prisoners, employees from the prison unit III of the Penitentiary Complex and health care workers of Hortolândia city, in São Paulo state, Brazil about tuberculosis and HIV/aids. It is about of a sectional study that used the *KAP* questionnaire, research instrument used in various studies for the gathering of data about the knowledge, attitudes and practices of a certain population in relation to health. On the study participated 506 Individuals: 141 prisoners, 115 prison employees and 250 health care workers. For the variables analysis was used the program Epi-info version 6.4. For the dependent variables was used the qui-square and considered a significant statistic the value of $p < 0,05$. The results have demonstrated many wrong concepts about the transmission, symptoms, treatment and cure of TB, as on the transmission of HIV/aids among the three researched groups. The restricted access of the prisoners to various sources of information like T.V., radio and internet have made possible that these take knowledge about the tuberculosis only through a few flayers and posters that got to the cells. The prison employees, despite having great access to information sources, a nice education level and work on the prison for a long time, they have not had a good performance on this research. In relation to the health care workers, the results point basic conceptual mistakes about the knowledge of the signs and symptoms of TB and yet, wrong ideas about the ways of transmission, infection and prevention from the disease, information that could have been accessed in any tuberculosis control manual. The results still pointed to have imperfections on the replicated trainings on the public health and the lack of multidisciplinary and inter sectional and demand the necessity of methodological and logistic re-evaluation used for the realization of these capabilities. About the use of the *KAP* questionnaire has shown to be a very effective instrument on the data gathering that can collaborate for the planning of actions on the programs of tuberculosis and DST/aids to be used also on the actions of Advocacy Control and Social Mobilization. The results still can instigate the discussion about the validation of this instrument to the Portuguese language and the using of it as an adequate methodology to explore the knowledge, attitudes and practices of different health populations.

Word-key: Jails; KAP; HIV/aids; Tuberculosis

RESUMO

Este estudo analisou comparativamente o conhecimento, atitudes e práticas dos detentos e dos funcionários da unidade prisional III do Complexo Penitenciário e Rede Pública de Saúde do município Hortolândia-SP sobre tuberculose e HIV/aids. Trata-se de um estudo seccional que utilizou o questionário *KAP*, do inglês, *Knowledge, Attitudes and Practices*, instrumento de pesquisa utilizado em vários estudos para coleta de dados a respeito do conhecimento, práticas e atitudes de uma determinada população em relação à saúde. Participaram do estudo de 506 indivíduos: 141 detentos, 115 funcionários do presídio e 250 funcionários da rede pública de saúde. Para a análise das variáveis foi utilizado o programa epi-info versão 6.4. Para as variáveis dependentes foi utilizado o teste do qui-quadrado e considerado com significância estatística o valor de $p < 0,05$. Os resultados demonstraram muitos conceitos equivocados sobre a transmissão, sintomas, tratamento e cura da TB, bem como na transmissão do HIV/aids entre os três grupos pesquisados. O restrito acesso dos detentos às várias fontes de informação como T.V. rádio, e internet, permite que estes tomem conhecimento sobre a tuberculose apenas por meio dos poucos folhetos e cartazes que chegam até as celas. Os funcionários do presídio, apesar de terem amplo acesso às várias fontes de informação, bom nível de escolaridade e trabalharem na unidade prisional por longo tempo, não tiveram um bom desempenho nesta pesquisa. Com relação à rede pública de saúde, os resultados apontam erros conceituais básicos sobre o conhecimento dos sinais e sintomas da TB e sobre as formas de transmissão, infecção e prevenção da doença, informações que poderiam ser acessadas em qualquer manual de controle da tuberculose. Os resultados indicam haver falhas nos treinamentos replicados na rede pública e a falta de multidisciplinaridade, intersetorialidade e demandam a necessidade de reavaliação da metodologia e logística utilizadas nestas capacitações. Sobre a utilização do questionário *KAP*, o instrumento mostrou ser eficaz na coleta de dados gerais sobre o conhecimento e dados sociodemográficos, que podem colaborar para o planejamento das ações dos programas de tuberculose e serem utilizados nas ações de *Advocacy* Controle e Mobilização Social, entretanto mostrou limitação e fragilidade na validação dos resultados sobre práticas e atitudes. Este estudo pode colaborar para a discussão e validação do roteiro *KAP* como método adequado para explorar o conhecimento, atitudes e práticas na saúde de diferentes populações.

Palavras-chave: Prisões; KAP; Conhecimento; HIV/aids; Tuberculose.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) acompanha a humanidade há milhares de anos e no Brasil sua história inicia-se logo após o descobrimento, em 1500. Denominada como a “tísica”, mal responsável pela morte de grandes populações na Europa e cercada pelo enigma da compreensão clínica e epidemiológica, a doença chega à Terra de Santa Cruz trazida pelos jesuítas e colonos no século XVI na primeira fase da colonização do país (Bertolli, 2001).

Há relatos em várias cartas enviadas pelos jesuítas ao responsável pela Companhia de Jesus, Ignácio de Loyola, com referências à doença neste período. Uma delas escrita pelo Padre José de Anchieta em 1553 descreve o adoecimento dos indígenas por um mal que causava tosse, escarro, febre e hemoptise.

Outra carta escrita pelo também jesuíta, Manoel da Nóbrega, solicita novos apóstolos para a atuação no processo de catequização no Brasil devido ao seu adoecimento pela tísica (Bertolli, 2001; Rosemberg, 1999):

a mim devem me já de ter por morto, porque ao presente fiquo deitando muito sangue polla boca. O médico de quá hora diz que He vea quebrada, ora que He do peito, hora que pode ser da cabeça: seja donde for, eu o que mais sinto He ver a febre ir-se gastando pouco a pouco (Leite,1957).

A relação entre TB e as prisões no Brasil ocorreu inicialmente com o aprisionamento dos nativos em nome da catequização e a contaminação em massa da população indígena por tuberculose neste período (Bertolli, 2001; Pedroso, 2002; Rosemberg, 1999). Em 1808 no Livro V das Ordenações Filipinas do Reino, o Brasil colônia foi decretado local de cumprimento de penas para os degredados e desterrados da corte portuguesa (Pedroso, 2002; 1997).

A primeira menção à instalação de prisões no Brasil refere-se à Carta Régia de 1769, que estabelece a construção da Casa de Correção no Rio de Janeiro (CCRJ). Em 1831 uma comissão elaborou o seu projeto de arquitetura inspirado no modelo panóptico de prisão inglesa, mas o início de sua construção ocorreria somente em 1834 e a conclusão em 1850 (Koerner, 2006; Maia et al., 2009; Moreira, 2009).

O longo período dispensado na construção desta prisão revela as dificuldades financeiras e políticas encontradas na época. O superfaturamento e as alterações arquitetônicas executadas por seus moradores ao longo da sua edificação deixaram a CCRJ muito distante do seu projeto inicial, em especial em relação à higiene (Koerner, 2006; Moreira, 2009). Ali as condições de vida eram péssimas e a infeliz escolha do terreno para a instalação do presídio, cercado por montanhas, dificultava a ventilação das celas. Não havia água encanada, esgoto e condições para banho dos detentos, também não havia enfermaria e os doentes eram acomodados em algumas celas sem nenhuma preocupação no isolamento dos afetados pelas doenças infectocontagiosas. (Koerner, 2006).

Entre junho de 1850 e dezembro de 1869 o presídio abrigou 1099 presos e neste período, 23% do contingente encarcerado faleceu. Dentre os condenados a penas superiores a dois anos de reclusão 36% foram a óbito. Entre os detentos com condenação há mais de oito anos a mortalidade foi superior a 40% e dos presos penalizados a mais de 20 anos de reclusão 84% faleceram. Os sobreviventes deixavam a prisão para a liberdade com graves lesões e impossibilitados para a reinserção ao trabalho. A pena de prisão superior a 10 anos foi comparada à pena de morte pelo diretor e também médico que trabalhou ali por mais de 10 anos (Koerner, 2006).

Há poucas referências históricas a respeito da TB nas prisões do Brasil neste período, mas documentos jurídicos da época indicam que haviam outras instituições consideradas como cárceres que, a exemplo das existentes em Portugal, tinham por finalidade administrar a vida de seus membros ainda que à revelia destes, a exemplo dos conventos, hospitais, quartéis e a as persigangas. Estas últimas surgidas em 1808 eram embarcações denominadas navios prisões para onde as pessoas criminalmente condenadas eram levadas, servindo de mão de obra forçada em diversos empreendimentos da Marinha e perduraram até 1840. Todas as instituições destinadas confinamento são consideradas relevantes para a transmissão da TB devido às condições de higiene, aglomerações, má ventilação e iluminação (Maia et al., 2009; Antunes et al., 2000).

A constituição de 1824 estabeleceu que as prisões devessem ser seguras, limpas e arejadas, havendo separação dos réus conforme a natureza de seus

crimes. Nas primeiras décadas do século XIX o sistema prisional vigente ainda se encontrava nos moldes do sistema estabelecido no início da colonização do Brasil. Há relatórios de inspeções realizadas por médicos e vereadores do Rio de Janeiro, descrevendo as péssimas condições de vida nas prisões instaladas em edificações mal adaptadas onde havia ocorrência de várias doenças infectocontagiosas, entre elas a “tísica” (Pedroso, 2002; Araújo, 2009).

A partir da segunda metade do século XIX a tuberculose emerge socialmente não mais como manifestação física de uma espiritualidade refinada e romântica. Oposto a esta representatividade, a propagação da TB nas classes menos favorecidas tornou-se preocupante aos olhos do poder público por expressar um sintoma da desordem social instalada no país logo após a partida da família imperial e a libertação dos escravos. Esta visão colaborou para a estigmatização da doença, pesando sobre o tísico o mal e a ruína. Desta forma, Coelho Neto se refere à tísica em uma de suas crônicas, cujo título é "Assassino":

"– Aquelle typo que vês é um sementeiro da Morte. Se tivéssemos leis mais sabias, mais previdentes, esse monstro, em vez de andar por aqui manchando, com seu luto, o esplendor desta tarde e comprometendo a vida, estaria em um asylo, segregado dos homens. // Está tísico. (...) Sabe que está perdido, di-lo a todos e, propositadamente, dissemina o seu mal (citado por Pôrto, 1997).

As mudanças no sistema prisional brasileiro ocorreram somente nas últimas décadas do século XIX. O Brasil acompanhando a tendência de modernização dos presídios a exemplo da Inglaterra e Estados Unidos, foi gradualmente abandonando as práticas de torturas e execuções em praças públicas, adotando um novo conceito penitenciário que privava o detento da liberdade, inserindo-o em instituições penitenciárias especificamente construídas com o objetivo de recuperá-lo para a convivência na sociedade. Este modelo era pautado pelo trabalho, religião, disciplina e isolamento como forma de punição e recuperação do sentenciado à pena de prisão (Trindade, 2007).

O código penal de 1890 estabeleceu novas modalidades de penas: prisão celular, banimento, reclusão, prisão com trabalho obrigatório, prisão disciplinar, interdição, suspeição e perda do emprego público e multa. Este mesmo código penal passou a exigir da estrutura penitenciária a garantia da segurança dos detentos, vigilantes e guardas, higiene apropriada ao recinto da prisão, execução do regime carcerário aplicado e inspeções frequentes. Entretanto, a sua execução tornou-se um entrave diante das condições dos presídios do país (Pedroso, 2002).

Nas grandes cidades brasileiras como Rio de Janeiro, Salvador e Recife no final do século XIX ocorriam também outras epidemias como a febre amarela e a malária, porém a TB era a maior causa de mortalidade, tornando-se um problema social entre os escravos trazidos da África. Os médicos já naquela época associavam a TB com as condições de miséria e pobreza, características também encontradas nas prisões. Ao final deste século em 1882, Robert Koch descobriu

o agente epidemiológico da TB, o *Mycobacterium tuberculosis* (Araújo, 2009; Nogueira e Abrahão, 2009; Trindade, 2007; Bertolli, 2001; Gonçalves, 2000; Antunes et al.,2000; Chalhoub, 1996). Neste período a morte por tuberculose era estigmatizante devido à associação da TB com hereditariedade, miséria e pobreza. O doente de tuberculose era rejeitado para o matrimônio e exercício de determinadas atividades porque comprometia a saúde dos outros membros da família. A TB condenava o doente à morte física e também à morte moral (Dubos e Dubos, 1992).

A transição do século XIX para o século XX foi um período impactante para a saúde pública no controle da tuberculose. Em 1943 Waksman descobriu a estreptomicina, medicação utilizada para o tratamento e cura da TB ainda nos dias de hoje. Este achado científico trouxe para o consciente individual e coletivo o conhecimento clínico e epidemiológico da TB. Neste período a doença foi fortemente associada aos comportamentos amorais em relação às normas sociais burguesas impostas na época, que cultuavam o corpo e a moralidade como garantia da hereditariedade. (Pôrto, 2007; Gonçalves, 2000).

Na primeira metade do século XX, sobre o horror social e coletivo, o tisiólogo José Rosemberg escreveu:

"Ser tuberculoso era uma pecha. Quando aparecia um caso de tuberculose na família era escondido, então, 'Fulano tem uma mancha no pulmão', uma coisa qualquer... Ninguém falava em tuberculose, não se

mencionava. Quando um indivíduo era noivo e descobria que a noiva ficara tuberculosa, ele desmanchava o casamento". (citado por Pôrto e Nascimento, 2005).

Esta época também foi marcada pelo processo de industrialização e urbanização que atraiu populações vindas de várias regiões do país para os grandes centros urbanos, num processo de migração desorganizada onde trabalhadores e operários se instalaram nas grandes cidades formando bolsões de pobreza. Viviam aglomerados, em péssimas condições de moradia, higiene e saúde, apresentando altos índices de mortalidade neste período. Estas situações consideradas favoráveis à transmissão da tuberculose também eram encontradas nos cárceres do Brasil, revelando que apesar dos esforços jurídicos nada havia mudado no contexto da saúde prisional desde o século XVI (Araújo, 2009; Hijjar et al., 2007; Bertolli, 2001).

A relação entre a TB e as prisões na primeira metade do século XX pode ser observada nas obras de Graciliano Ramos em "Memórias do Cárcere", de 1953. Doente de tuberculose o autor transfere nesta publicação suas emoções e sentimento a respeito da doença para os personagens tuberculosos com quem conviveu na prisão (Rosemberg, 1999).

Ao final deste século a sociedade científica acreditou que a infectologia pudesse estar em declínio com o advento das modernas medicações capazes de curar ou controlar as doenças infectocontagiosas como a TB, por exemplo. A

tuberculose, em especial nos países desenvolvidos, foi equivocadamente considerada controlada pelas autoridades da saúde pública nos anos 80, mas atualmente a TB afeta cerca de um terço da humanidade (Dalcomo et al., 2007; Nascimento, 2005).

Neste período observou-se o aumento das desigualdades sociais nos países em desenvolvimento e o surgimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV), agente etiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). Inicialmente diagnosticada nos países mais desenvolvidos, rapidamente a epidemia do HIV/aids atingiu também os países emergentes causando milhares de mortes, inclusive na população prisional (Barreira e Granjeiro, 2007; Oliveira e Cardoso, 2004; Garcia et al., 2000).

O HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) encontram no ambiente das prisões condições favoráveis para a sua transmissão. O compartilhamento de seringas e agulhas no uso de drogas injetáveis, as práticas sexuais entre homens, consentidas ou não, sem o uso de preservativos e ainda as visitas íntimas, são fatores de vulnerabilidade acrescida frente às DST/aids. A realização de tatuagens e mais recentemente, a aplicação de *body piercings*, são práticas comuns nas prisões. Realizados com equipamentos partilhados e sem esterilização em condições desfavoráveis de higiene, facilitam a transmissão destas doenças entre os detentos (Akeke et al., 2007; ONUSIDA, 2001; Sridhar e Plummer-Ross, 2000).

Paralelamente o aumento das desigualdades sociais e o crescimento da violência passaram a ser considerados fenômenos mundialmente observados com alta incidência nos países emergentes. No Brasil este fato ficou mais evidente a partir dos anos 80 e a violência, em suas variadas formas de expressão, passou a significar um importante agravo para a sociedade brasileira e uma de suas consequências foi o aumento da população carcerária (Brasil, 2009a; Guimarães et al., 2005; Silva, 1997; Christie, 1998).

A persistência da pobreza nos países com baixa ou média renda e o surgimento do HIV/aids nas últimas décadas favoreceram o recrudescimento da tuberculose e suas formas multirresistentes (TB-MDR), exigindo grandes esforços mundialmente coletivos para o seu controle, inclusive na população penitenciária (Benatar e Upshur, 2010; Nogueira e Abrahão, 2009; Dalcomo et al., 2007; Khuwaja e Mobeen, 2005; Oliveira e Cardoso, 2004).

A TB é uma doença infectocontagiosa de transmissão aérea com evolução clínica crônica e atinge principalmente os pulmões, onde encontra ambiente propício para a sua proliferação, podendo atingir também outras partes do aparelho respiratório e do corpo humano. Diariamente um doente de TB pode expelir cerca de 3,5 milhões de bacilos da tuberculose através de gotículas durante a fala, tosse ou espirro. Estas gotículas podem ficar suspensas no ar em locais de pouca ventilação e iluminação e eventualmente aspiradas por outros indivíduos, formando uma rede de transmissão da doença (Bertolli, 2001).

Com estas características a tuberculose encontra nos presídios condições favoráveis para a sua transmissão nas celas superlotadas, em péssimas condições de saúde e higiene (Nogueira e Abrahão, 2009; Oliveira e Cardoso, 2009). Cerca de 10 milhões de pessoas vivem confinadas nas prisões em todo o mundo e o Brasil ocupa o quarto lugar entre os países com maior população prisional (Nogueira e Abrahão, 2009; Coninx et al., 1995). Em 1997 a população prisional no Brasil foi de 170.602 detentos e aumentou para 494.237 até julho de 2010. O número de vagas no sistema prisional brasileiro passou de 96.010 em 1997 para 299.587 em 2010. O déficit é de 194.650 vagas (65%). O custo médio mensal é de U\$930,16 por detento (Brasil, 2010b; 2009c; 2009d; 2004). Estes dados mostram que o número de ingressos no sistema prisional do país é maior que o número de egressos. Este crescimento é sistemático e representa um grande gasto aos cofres públicos do país (Nogueira e Abrahão, 2009; Brasil, 2007).

A população de detentos no sistema prisional brasileiro é composta em sua maioria por homens jovens, brancos, solteiros na faixa de 20 a 49 anos de idade, reincidentes e condenados em sua maioria por furto e roubo (Brasil, 2004). Atualmente cerca de 75% dos detentos encontram-se em presídios e penitenciárias do país condenados em regime fechado de reclusão. O restante cumpre pena em regimes semiabertos, colônias agrícolas e instituições para tratamento psiquiátrico, ou ainda em outras instituições destinadas à custódia provisória onde aguardam julgamento (Brasil, 2009a; 2004).

As populações confinadas, em especial a população prisional, representam um sério problema para o controle das doenças infectocontagiosas como a TB e o HIV/aids. Apesar de aprisionadas, estas populações não estão totalmente isoladas pelos muros que as cercam, o vínculo com o mundo exterior se dá por meio do contato com suas visitas e com os funcionários do sistema prisional. Também podem se relacionar com a comunidade no cumprimento da pena em regime semiaberto, nos indultos e nas fugas ou ainda no retorno à liberdade após o cumprimento da pena. Os funcionários por sua vez, mantêm contato com seus familiares e a comunidade (Bick, 2007; Martin et al., 2001; Human Rights Watch, 1998; Drobniewsky, 1995). Esta condição significa um grande risco de contaminação de mão dupla, ou seja, uma epidemia de TB não controlada no interior do presídio pode representar um grave risco para estes contatos e também para sociedade como um todo. Por outro lado, uma infecção por TB contraída na comunidade pode desencadear uma epidemia na população penitenciária (WHO, 2007; Carbonara et al., 2005; Oliveira e Cardoso, 2004).

A incidência da TB na população prisional mundial em 2007 foi 37 vezes maior que na população geral (WHO, 2007; Coninx et al., 2000; Maher et al., 1998; Heyes e Coninx, 1997). No Brasil em 2009, foi de 669,7 casos por 100.000 habitantes, número 17,8 vezes maior que a incidência na população geral, que foi de 37,7/100.000 habitantes no mesmo período (Brasil, 2010h; Nogueira e Abrahão, 2009).

Aparentemente, o confinamento dos detentos nas instituições prisionais onde há serviços de saúde pode sugerir uma facilidade no controle das doenças infecciosas na população prisional, em especial a tuberculose, considerando o baixo custo para o tratamento e a facilidade de percepção dos sintomas da doença. Entretanto, na prática as dificuldades encontradas são inúmeras (Migliori et al., 2007; Coninx et al., 1995).

- 1- O baixo investimento do Estado na área da saúde prisional em detrimento à área de segurança nas últimas décadas levou ao sucateamento dos serviços de saúde do sistema prisional e à redução de suas equipes de saúde (Diuana et al., 2008; Brasil, 2004).
- 2- Com a redução destas equipes, os agentes de segurança que em geral não possuem formação na área de saúde, passaram a representar nos últimos anos um papel regulador, dificultando ou facilitando o acesso dos detentos aos serviços de saúde prisional (Diuana et al., 2008).
- 3- A população de detentos no sistema prisional brasileiro em sua maior parte possui pouca escolaridade e pertence a grupos de baixo nível socioeconômico e muitos ingressam no sistema penitenciário já doentes ou contaminados pelo HIV/aids, TB e outras doenças (Nogueira e Abrahão, 2009; Diuana et al., 2008; Oliveira e Cardoso, 2004).
- 4- A média de permanência de um detento no sistema prisional é de 30 meses, tempo consideravelmente favorável para a transmissão das

doenças infecciosas como a TB e o HIV/aids (Nogueira e Abrahão,2009; Bastian et al., 2004; Maher et al.,1998).

- 5- A violência, o uso indevido de álcool e drogas e o comportamento sexual consentido ou não sem o uso de preservativos são situações toleráveis no sistema prisional, significando grande barreira para o controle da TB e vulnerabilidade acrescida frente às DST e o HIV/aids (Nogueira e Abrahão, 2009; WHO, 1997).
- 6- As frequentes transferências dos detentos entre as unidades prisionais e as eventuais fugas causam o abandono ou a interrupção do tratamento da TB, facilitando a transmissão da doença (Fry et al., 2005; Oliveira e Cardoso, 2004).
- 7- O diagnóstico tardio da TB, decorrente do descuido dos serviços de saúde prisionais gera uma demora na identificação dos detentos suspeitos e conseqüentemente o aumento do risco de transmissão na população prisional (Oliveira e Cardoso, 2004).
- 8- A deficiência dos serviços de saúde prisionais na observação de sintomas da tuberculose ou os efeitos colaterais da medicação resultam em falhas na adesão à terapia e abandono ao tratamento (Fry et al., 2005).

- 9- A coinfeção TB e HIV/aids é um dos mais importantes fatores de risco para o adoecimento por TB. As alterações imunológicas que a aids determina, criam condições favoráveis para a ativação da infecção tuberculosa e o adoecimento por TB (Castelo et al., 2008). A TB é a doença oportunista que mais atinge os portadores do HIV e a maior causa de morte destes indivíduos (Habbenzu et al.,2007).

- 10- A resistência inicial ou adquirida às drogas antituberculose é outro desafio no controle da TB no contexto prisional. Cepas do *Mycobacterium tuberculosis* tornam-se resistentes às drogas utilizadas no tratamento, que a transformam numa doença potencialmente intratável e altamente contagiosa (Campos, 1999).

Existem ainda outras questões transversais e subjetivas relacionadas ao controle da tuberculose nas prisões. Vários estudos realizados em países com alta ou baixa incidência de TB apontam a falta do conhecimento sobre a doença como uma das principais barreiras para a percepção dos sintomas, diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e cura (Alvarez-Gordillo et al., 2003). A população de detentos advém de classes sociais caracterizadas pela miséria e pobreza, desprovida de acesso à saúde, à educação e com baixa escolaridade (Brasil, 1999). Estas condições são favoráveis para a perpetuação das crenças a respeito da doença e o desconhecimento sobre a sua existência, formas de transmissão, infecção e controle (Maciel et al., 2008).

No ambiente inóspito de contexto violento e hostil dos presídios a representatividade da vida e da saúde, da convivência social e da segurança, bem como dos riscos que os cercam está associada a uma lógica própria que organiza a vida dos detentos em seu cotidiano (Diuana et al.,2008). A constante tensão existente entre agentes de segurança e detentos implica no controle total sobre seus ocupantes, regido por códigos e rígidas normas próprias do ambiente prisional onde a prioridade do detento e dos trabalhadores está relacionada com a sua segurança e sobrevivência (Lhuilier e Lemiszeska, 2001; Lhuilier, 2005). Estas regras exercem influências na relação do detento doente de tuberculose com a sua própria doença. A TB neste contexto representa uma fragilidade que pode afetar o convívio social do doente, colocando-o em risco e contribuindo assim, para a subvalorização dos sintomas da doença, suas formas de transmissão e adesão ao tratamento. (Savicevic et al.,2008; Pôrto, 2007).

Entre a população geral e prisional a tuberculose é um assunto que ainda causa desconforto nos dias atuais. A TB está associada à miséria e pobreza, isolamento, exclusão social, comportamento desregrado e amoral e também à degenerescência social. Estes valores estão fortemente presentes no estigma das prisões (Jittimaneet et al.,2009; Baral et al., 2007; Pôrto, 2007; Karki et al., 2007; Goffman,1978).

Na literatura científica poucos são os estudos sobre o conhecimento do HIV/aids e da tuberculose entre os detentos e trabalhadores do sistema penitenciário. Os já existentes realizados com outras populações consideram que

o conhecimento sobre a doença é fundamental para a redução das crenças que a envolve, colaborando para a percepção dos sinais e sintomas, diagnóstico precoce, tratamento e cura (Jittimaneet et al., 2009; Sridhar et al., 2000, Savicevic et al., 2000).

A tuberculose, doença tão antiga quanto a humanidade e curável desde a metade do século XX, nunca deixou de ser preocupante entre os profissionais da saúde. Embora as evidências de risco de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* nesta população sejam muito antigas, só foi aceita como importante na comunidade médica na década de 1950, após o advento da terapia efetiva quando houve declínio da doença na população geral. Estudos conduzidos nas décadas de 1960 e 1970 mostraram que o risco de infecção tuberculosa entre profissionais expostos a pacientes com tuberculose era de 4 a 6 vezes maior que o apresentado pelos profissionais não expostos.

Atualmente o tratamento da tuberculose ocorre predominantemente de forma ambulatorial e é significativo o número de casos diagnosticados e tratados em atendimento hospitalar, expondo os trabalhadores da saúde, tornando-os vulneráveis à doença (Figueiredo e Caliarri, 2006; Franco e Zanetta, 2004). Vulnerabilidade significa a chance de exposição das pessoas à enfermidade como um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que acarretam maior ou menor suscetibilidade à infecção e ao adoecimento (Souza e Bertolozzi, 2007).

Desta forma, o trabalho e o conhecimento do manejo clínico e epidemiológico da tuberculose entre os trabalhadores da saúde podem ser fundamentais em relação à sua vulnerabilidade. A transmissão da tuberculose nas unidades de saúde pode acometer tanto pacientes como os profissionais. Falhas no reconhecimento e manejo clínico dos pacientes com TB são importantes determinantes de surtos nosocomiais (Gonçalves, 2001).

No Brasil em 1999 a tuberculose foi definida pelo Ministério da Saúde como prioridade nas políticas públicas de saúde, envolvendo a sociedade no combate à TB. A participação da sociedade civil nas ações de controle da doença no país nos dias de hoje ainda é discreta e enfrenta grandes desafios territoriais causados pela diversidade cultural, descontinuidade das ações de educação permanente em saúde e pela deficiência na regularidade de repasses dos recursos financeiros. Entretanto, as ações da sociedade civil existentes têm uma capacidade de articulação que colocam em evidência as questões que envolvem a doença. Para trazer a sustentabilidade social e mudança comportamental é importante que a sociedade civil desenvolva ações de *Advocacy*, Controle e Mobilização Social, conhecidas pelas siglas ACMS (Santos e Gomes, 2007; WHO, 2006).

O termo *advocacy*, ainda não traduzido para o português, significa a busca de apoio para os direitos de uma pessoa ou para uma causa. Tecnicamente esse apoio pode envolver duas ideias básicas se for limitada apenas à questão dos direitos. No tocante ao apoio a uma causa, este se constitui nas várias formas de proteção à qualidade de vida das pessoas em condição de vulnerabilidade pessoal

ou social e a conseqüente garantia de respeito a seus direitos. Promoção, defesa e proteção, eis as palavras-chave que circunscrevem o campo de atuação do *advocacy* (UNICEF, 2009). Mais recentemente outras palavras foram adicionadas a este conceito: ativismo, militância, ação afirmativa e *empowerment* que, assim como *advocacy*, ainda não foi traduzido para a língua portuguesa, mas tem o sentido de delegação de autoridade, dar poder ao outro. Toda essa terminologia permite entender que o conceito de *advocacy* traz em si a ideia de luta por mais e melhores direitos, bem como por uma qualidade de vida melhor e mais digna (UNICEF, 2009).

Controle e mobilização social não é o envolvimento de um ou mais indivíduos, mas sim da sociedade geral em prol de um ou mais objetivos direcionados a uma determinada causa. É a participação conjunta da comunidade, empresas, governos e organizações sociais para a erradicação de um ou mais problemas sociais (Buratto, 2004). Sichelwe et al. (2010) concluíram que a mobilização social pode colaborar para o controle da tuberculose nas comunidades. Vários órgãos mundiais atuam em projetos focados nas ações de ACMS na área da saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o *Stop-TB Partnership* são exemplos desta atuação. Em parceria, desenvolveram um guia para pesquisas sobre conhecimento, atitudes e práticas sobre TB, o roteiro *KAP*, do inglês *Knowledge, Attitudes and Practices* adaptado para a tuberculose (WHO, 2006).

Entre a comunidade de ajuda internacional há uma concordância de que a melhoria das condições de saúde das pessoas vivendo em situação de miséria e pobreza no mundo está sujeita ao entendimento correto dos aspectos socioculturais e econômicos. Este pensamento advém dos resultados obtidos através de vários estudos transversais que utilizaram como instrumento de pesquisa o questionário *KAP*, do inglês, *Knowledge, Attitudes and Practices* (Launiala, 2009). Este instrumento teve sua origem na década de 1950 e foi desenhado para estimar a resistência entre as diferentes populações em relação à ideia do planejamento familiar. Estes estudos foram conduzidos em mais de uma centena de países sob a coordenação do "*The Population Council*" (Berquó, 2008). Trata-se de um estudo representativo de uma determinada população com a coleta de informações sobre o que é conhecido, acreditado e feito em relação a um tema específico (WHO, 2006). Na maioria das pesquisas *KAP* os dados são recolhidos através de uma entrevista, utilizando um questionário estruturado e padronizado já utilizado em várias pesquisas no Brasil e também em outros países e estabelecem os seguintes conceitos para conhecimento, atitudes e práticas:

- 1- O conhecimento constitui-se na lembrança de acontecimentos ou fatos transmitidos pelo sistema de educação ao qual o indivíduo participa, emitindo conceitos com o entendimento adquirido sobre determinado assunto ou evento (Alves et al., 2008).

2- A atitude é a norma de proceder, opinar e crer sobre algum determinado argumento ou fato (Alves et al., 2008).

3- Prática é um processo de tomada de decisão na execução de uma ação (Alves et al., 2008).

O interesse das organizações de ajuda internacional pelas perspectivas da comunidade e do comportamento humano em resposta às abordagens de cuidados primários de saúde, fez com que o questionário *KAP* se transformasse num dos instrumentos mais utilizados para investigações sobre conhecimento, atitudes e práticas em saúde (Hausmann-Muela et al., 2003; Manderson e Aaby, 1992). Neste sentido há o exemplo da parceria *Stop-TB* e fundo Global de combate à TB através da adoção do sistema DOT, do inglês *Directly Observed Treatment* (Tratamento Supervisionado), ou DOTS – *Directly Observed Treatment Supervised* (Tratamento Supervisionado de curto prazo). Esta estratégia estimulou a mobilização social e pesquisas que envolvem o conhecimento, práticas e atitudes da população em relação à TB na busca de informações sobre o conhecimento e crenças a respeito da doença. Alguns destes estudos foram conduzidos pelos programas de tuberculose de vários países onde há maior incidência de tuberculose com o objetivo de trazer a sustentabilidade social e mudança comportamental. Considera-se que a mudança de comportamento em relação à TB está diretamente relacionada ao conhecimento, práticas e atitudes em relação à doença (Ottomani et al., 2008; Maher et al., 2007).

Por meio destas pesquisas os programas de controle da tuberculose têm a oportunidade de construir provas necessárias para demonstrar as contribuições de ACMS para o controle da TB, resultando no uso mais eficiente dos recursos limitados e produzindo desejadas mudanças comportamentais em relação à doença. A pesquisa *KAP* pode ser concebida especificamente para reunir informações sobre temas relacionados à tuberculose, mas pode também incluir questões sobre as práticas de saúde geral (WHO, 2006).

Nas últimas décadas vários autores relataram que o conhecimento é um fator que influencia as práticas relacionadas à saúde e que os programas, em suas ações de prevenção junto às populações mundiais, devem abordar também fatores socioeconômicos, ambientais e estruturais em seus planejamentos (Launiala e Honkasalo, 2007; Farmer, 1997; Balshen, 1993). Outros concluíram que a socialização do conhecimento sobre a tuberculose, seus sinais e sintomas, formas de transmissão, prevenção, tratamento e cura podem colaborar para o controle da doença e adesão ao tratamento, bem como para a redução do estigma em relação aos doentes de TB em todo o mundo (Woith et al., 2010; Jittimanee et al., 2009; Mohamed, et al. 2007; Maciel et al., 2005; Sridhar et al., 2000; Savicevic et al., 2000).

Diversos estudos afirmaram que a sociedade civil, quando focada nas ações de ACMS, pode contribuir para a melhoria das condições de vida das pessoas afetadas pelos agravos da saúde, trazendo a sustentabilidade social e a mudança comportamental, reduzindo a prevalência da doença (Santos e Gomes,

2007; WHO, 2006). No caso da tuberculose estas ações podem contribuir para a procura de atendimento médico e para adesão ao tratamento (Birungi et al.2010).

Um papel cada vez mais importante e comum para as pesquisas *KAP* é fornecer dados essenciais que demonstram o impacto das atividades de ACMS. Estes dados podem ser analisados quanti ou qualitativamente, dependendo dos objetivos e desígnio do estudo. Os dados da pesquisa *KAP* são essenciais no auxílio e planejamento e avaliação do trabalho de ACMS (WHO, 2006). Uma pesquisa *KAP - TB* reúne informações sobre o que os participantes conhecem sobre a tuberculose, sobre as pessoas com TB ou sobre a resposta do sistema de saúde em relação à doença e ainda, o que eles realmente fazem em relação à procura de tratamento ou outras medidas relacionadas à tuberculose. Podem também identificar os conhecimentos, crenças culturais ou comportamentais que podem facilitar a compreensão e ação, bem como identificar problemas, barreiras ou obstáculos criados nos esforços de controle da tuberculose (Tariq, 2008; Roy et al., 2008).

HIPÓTESE

O conhecimento, atitudes e práticas sobre a tuberculose e HIV/aids, quando analisados, mostram-se diferentes entre os detentos e os funcionários da unidade prisional e rede pública de saúde de Hortolândia-SP.

OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento, atitudes e práticas em relação à tuberculose e HIV/aids dos detentos e dos funcionários da unidade prisional III do Complexo Penitenciário e rede pública de saúde de Hortolândia entre janeiro e julho de 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1-** Analisar comparativamente o perfil sociodemográfico, conhecimento, práticas e atitudes sobre a tuberculose entre detentos e funcionários da unidade prisional III do Complexo penitenciário e rede pública de saúde de Hortolândia-SP;

- 2-** Analisar comparativamente o conhecimento sobre o HIV/aids entre detentos e funcionários da unidade III do Complexo Penitenciário e rede pública de saúde do município de Hortolândia-SP.

MATERIAL E MÉTODOS:

1- Tipo de estudo

O estudo realizado foi do tipo transversal. A população alvo desta pesquisa foram detentos e funcionários da unidade prisional P-III de regime fechado do Complexo Penitenciário e rede pública de saúde do município de Hortolândia-SP. A unidade prisional P-III foi escolhida para aplicação do instrumento desta pesquisa porque era a única unidade que não havia participado de nenhum projeto de intervenção educativo para tuberculose.

2- Amostragem

Não foi possível obter a amostra estatística entre os detentos, devido às condições da prisão e as dificuldades em manter a segurança na seleção dos detentos participantes. Os detentos foram selecionados por um funcionário aleatoriamente, de acordo com a rotina e critérios de segurança para traslado até o parlatório. Entre os funcionários da unidade prisional e da rede pública de saúde de Hortolândia-SP a amostragem foi por interesse.

3- Autorizações

A pesquisa foi previamente autorizada pela Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo (SAP) - Coordenadoria Regional Central - Complexo Penitenciário, Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP com parecer Nº 942/2009 da Comissão de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, conforme a resolução 196/96. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi garantido o sigilo das informações (Anexo 1).

4- Instrumento de pesquisa:

As informações para este estudo foram obtidas por meio de questionário semiestruturado com base no roteiro *KAP – A guide to developing de knowledge, attitudes and practices surveys (WHO, Stop TB Partnership,2006)*. Este roteiro foi traduzido e adaptado para a linguagem das populações pesquisadas e composto por 34 questões fechadas e uma aberta.

Algumas das questões possuem mais de uma resposta. O questionário foi dividido em cinco blocos que abordaram os seguintes temas: situação sociodemográfica e antecedentes de saúde, conhecimento e comportamento sobre a tuberculose, atitudes e estigma em relação à TB, consciência e informação sobre a TB e conhecimento sobre o HIV/aids.

A construção do último bloco com cinco questões referentes ao conhecimento do HIV/aids foi fundamentada no *Guidelines on construction of core indicators: United Nations general Assembly Special Session on HIV/aids (UNAIDS, 2008)* (Anexo 1).

O questionário adaptado foi pré-testado na unidade I do Complexo Penitenciário de Hortolândia com seis detentos e 10 funcionários. Os problemas identificados na aplicação do instrumento de pesquisa junto aos participantes foram analisados e corrigidos.

5- Variáveis Estudadas:

I - Variáveis sociodemográficas e antecedentes de saúde

A idade dos participantes foi obtida através do registro da data de nascimento, subtraída a data do preenchimento do questionário e foram classificadas nas faixas etárias: de 18 a 29 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos e igual ou maior a 50 anos de idade. Na variável cor a informação foi autorreferida e foram consideradas as alternativas: branco e não branco. A variável referente ao sexo foi classificada em masculino e feminino.

A escolaridade foi obtida, coletando-se informações sobre o grau de escolaridade alcançado pelo entrevistado nos anos de estudo. A faixa com até oito anos correspondeu ao ensino fundamental completo; até onze anos referiu-se ao

ensino médio completo e até 16 anos ao ensino superior completo. Acima de 12 anos, pós-graduação.

A situação prisional foi categorizada para detentos e funcionários do presídio e a situação funcional para os funcionários da rede pública de saúde de Hortolândia. As áreas de atuação foram categorizadas em área da saúde, administração e segurança.

O tempo de trabalho foi obtido através do registro no questionário da data de admissão no quadro de funcionários, subtraída a data da pesquisa. O tempo de prisão foi calculado registrando-se a data da última inclusão no sistema prisional, subtraída a data de aplicação do questionário.

Neste bloco foram incluídas duas questões sobre antecedentes de saúde pelo pesquisador e se referiram à presença de sintomas respiratórios e antecedentes de tratamento de tuberculose entre os participantes da pesquisa: (1) Você tem tosse com catarro, (2) Já tratou ou está em tratamento da TB. Todas as questões deste bloco permitiam apenas uma resposta.

II- Conhecimento da tuberculose

O conhecimento da TB foi obtido por meio de nove questões que abordaram se o participante recebeu informações sobre a TB e se recebeu quais as fontes de informação utilizadas. Foi pesquisada a opinião sobre a doença, os

sinais e sintomas conhecidos e foram abordados os conhecimentos sobre a transmissão, infecção, tratamento e cura da TB. Neste bloco do roteiro *KAP*, as questões: (1) Você recebeu alguma orientação sobre TB nesta unidade (2) Em sua opinião a TB é uma doença (3) A tuberculose tem cura, tiveram apenas uma resposta. Para as outras questões foi possível haver mais de uma resposta, porém os percentuais apresentados na tabela foram calculados em relação ao número de indivíduos e não sobre o total das citações em cada uma das perguntas. A mesma forma de análise, quando várias respostas eram possíveis, foi usada para os outros blocos do roteiro *KAP*, ou seja, no bloco de atitudes e comportamento e no bloco de atitudes e estigma em relação à TB.

III- Atitudes e comportamentos sobre a TB

Foi abordado se o participante tinha consciência da sua vulnerabilidade frente à tuberculose e a que atribuía esta condição. Qual o sentimento se soubesse estar doente; se falaria e para quem falaria sobre a sua doença; o que faria se pensasse que tinha os sintomas da TB; em que momento procuraria o posto de saúde e o seu conhecimento a respeito dos custos do tratamento da tuberculose. Algumas das questões poderiam conter apenas uma resposta: (1) Você pode pegar TB, (2) Você falaria sobre a sua doença, se tivesse TB, (3) Quanto custa o tratamento da TB. As demais questões deste bloco poderiam conter mais de uma resposta.

IV- Atitudes e estigma em relação à TB

Esta parte do questionário pesquisou se o participante conhecia algum doente de TB; qual o sentimento que teria para com estes doentes; como um doente era considerado pelas outras pessoas; o seu conhecimento sobre a coinfeção TB/HIV e por que uma pessoa HIV positiva também poderia ter TB. Duas questões deste bloco continham apenas uma resposta: (1) Você conhece alguém que teve ou tem TB, (2) Para você, uma pessoa com HIV pode também ter TB.

V- Consciência e informação sobre a TB

O questionário abordou neste modulo se o participante se sentia bem informado sobre a TB; se desejaria receber mais informações sobre a doença; quais as fontes de informação desejadas e qual a sua maior preocupação quando pensou em tuberculose. As duas primeiras questões eram fechadas: (1) Você sente que está bem informado sobre a TB, (2) Você desejaria obter mais informações a respeito da TB. A terceira pergunta poderia conter mais de uma resposta e a última foi uma questão aberta.

VI- Conhecimento sobre o HIV/aids

Foram obtidas informações sobre o conhecimento sobre do HIV/aids em cinco questões fechadas que abordaram a prevenção, uso de preservativos, associação de boa aparência ao HIV/aids e as formas de transmissão da doença.

6- Coleta de dados

I- Funcionários da unidade prisional

Estavam lotados nesta unidade prisional na ocasião da pesquisa 233 servidores, sendo que 88 estavam afastados por motivos médicos, transferidos temporariamente para outras unidades, gozando de férias ou licenças prêmio. Todos os funcionários presentes na unidade prisional foram convidados a participar desta pesquisa de forma voluntária e a coleta de dados foi realizada com a aplicação individual do questionário no período entre janeiro e fevereiro de 2010.

II- Detentos

O número de detentos na unidade prisional no início da pesquisa informado pela administração foi de 1153 homens e foi prevista a aplicação de 500 questionários. A coleta de dados não considerou informações sobre a situação judicial dos prisioneiros e foi realizada no período entre março e junho de 2010.

O pesquisador e os diretores de segurança e saúde elaboraram de um plano de ação para a pesquisa. Inicialmente o questionário foi aplicado em cinco detentos monitores da escola de ensino fundamental indicados pela Fundação Prof. Dr. Manoel Pedro Pimentel – FUNAP, mantenedora da escola na unidade

prisional. Estes detentos, que também eram lideranças evangélicas, foram posteriormente treinados pelo pesquisador e foi entregue a eles um manual com instruções de aplicação do questionário embasado no manual do pesquisador do inquérito domiciliar de saúde (UNICAMP, 2001). Cada monitor aplicou cinco questionários nos companheiros de cela, totalizando neste primeiro estágio 20 entrevistas. Foi realizada a avaliação e revisão desta atividade, esclarecidas as dúvidas e firmado contrato verbal entre o pesquisador e os monitores para a continuidade pesquisa com os demais detentos na escola. Em duas semanas os monitores aplicaram 57 questionários.

Na semana seguinte, atendendo a uma antiga reivindicação de uma igreja evangélica para a instalação de um curso de Teologia na unidade prisional, o espaço da escola entrou em reforma e estes monitores foram designados pela administração penitenciária a trabalharem nesta empreitada como pedreiros, interrompendo a pesquisa por mais de 60 dias. Ao término desta reforma o espaço reservado foi tomado pela igreja e os monitores convidados a lecionarem neste curso, impossibilitando a continuidade da pesquisa nos moldes previstos anteriormente.

Diante deste desafio, sem contar com a participação dos monitores, a logística da pesquisa foi repensada. Noutra reunião com os diretores ficou definido que a partir do tempo dispensado para a aplicação do questionário, em média 30 minutos, seriam selecionados cerca de 20 detentos aleatoriamente por um funcionário do setor de inclusão de acordo com a disponibilidade da segurança e

trazidos até o parlatório em dois grupos para serem entrevistados pelo pesquisador: 10 no período da manhã e 10 no período da tarde. O parlatório é um local onde os detentos recebem seus advogados, visitas e atendimento psicológico e social.

Por questões de segurança a lista com os nomes dos detentos era confeccionada no momento da chegada do pesquisador no setor de inclusão. Geralmente o tempo dispensado nas revistas e passagem por detectores de metais provocava uma longa demora e conseqüentemente o atraso na chegada a este setor, causando a suspensão das entrevistas no período da manhã. Ainda assim, diversas vezes mesmo chegando a este setor no horário previsto, o funcionário responsável pela confecção da lista estava ausente. Noutras, o tempo dispensado na confecção e entrega desta lista aos agentes de segurança, não garantia tempo hábil para o traslado dos detentos até o parlatório para aplicação do questionário, causando o cancelamento das entrevistas. Por diversas vezes o pesquisador tomava conhecimento somente na sua chegada ao setor de inclusão de que a pesquisa fora cancelada, sem aviso prévio, por questões de segurança motivadas pela falta de água, energia elétrica, dedetizações, falta de agentes de segurança, constantes *blitze* realizadas nas celas a procura de armas e drogas, ou simplesmente por outros motivos não esclarecidos.

Outro fator relevante na impossibilidade do cumprimento da logística sugerida foi que os agentes de segurança traziam os detentos até parlatório para as entrevistas sem nenhum esclarecimento. Este comportamento provocava a

expectativa de atendimento médico, psicológico ou social e ao tomarem conhecimento de que se tratava de uma pesquisa, muitos se decepcionavam e declinavam, influenciando outros detentos a desistirem também. Desta forma, muito tempo era dispensado na tentativa de convencê-los a participarem do estudo e outros tinham dificuldade na leitura e interpretação do TCLE. Estas inconveniências dificultaram o trabalho do pesquisador, demandando esforços para os devidos esclarecimentos e convencimentos, comprometendo o tempo e o rendimento da pesquisa. Diante das dificuldades encontradas no seguimento das entrevistas com os detentos, a pesquisa foi interrompida no presídio e ampliada a população alvo, incluindo-se neste estudo os funcionários da rede pública de saúde de Hortolândia-SP.

III- Rede pública de saúde

A rede pública de saúde de Hortolândia na ocasião da pesquisa era composta por três unidades básicas de saúde (UBS), um ambulatório de HIV/aids, um de saúde mental adulto e outro infantil, um serviço ambulatorial de especialidades (SAE), um hospital municipal, dois serviços de pronto atendimento (P.A), um centro de controle de zoonoses (CCZ) e 13 unidades de Programa de Saúde da Família (PSF). O número de funcionários lotados da rede pública de saúde, informado pelo departamento de recursos humanos, na ocasião da pesquisa foi de 1.216 servidores. Parte deste contingente, 208 funcionários,

estava afastada por motivos médicos, férias, ou licenças. A aplicação do questionário foi realizada no período entre junho e julho de 2010.

Foram excluídas deste estudo as unidades de PA o SAE e o hospital municipal pelo treinamento diferenciado recebido sobre TB e os ambulatórios de saúde mental adulto e infantil devido à inviabilidade de aplicação dos questionários nestes serviços. Foram considerados funcionários da saúde todos os servidores lotados nas unidades de saúde, incluindo os da área administrativa, segurança e saúde propriamente dita nas três UBS, 13 unidades de PSF, ambulatório de aids e o CCZ foi incluído devido ao elevado número de agentes comunitários de saúde lotados neste departamento. Estimou-se a participação de 600 servidores.

Após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia, um documento foi elaborado esclarecendo sobre a realização da pesquisa e entregue a todos os coordenadores das unidades selecionadas, que ficaram responsáveis pela sensibilização e convite aos servidores. Para aplicação dos questionários, a pesquisa contou com a participação de uma colaboradora de nível superior devidamente capacitada e treinada pelo pesquisador.

Para a aplicação do instrumento de pesquisa, as unidades de saúde foram mapeadas e divididas entre o pesquisador e a colaboradora. Ficou acordado que ambos chegariam logo no primeiro horário nas unidades de saúde e juntamente com o coordenador da unidade, entregaria em mãos o termo de consentimento

livre e esclarecido e o questionário aos funcionários que voluntariamente participaram da pesquisa. Neste momento eram esclarecidas as dúvidas e o participante tinha o dia todo para preencher o TCLE e responder o questionário autoaplicado, entregando-o ao coordenador da unidade no término de sua jornada de trabalho. No dia seguinte o questionário era entregue ao pesquisador ou à sua colaboradora.

A dificuldade encontrada na aplicação do questionário entre os servidores da saúde pública foi o período de férias no mês de julho e a pouca adesão dos médicos à pesquisa.

7- Análise de dados

- 1- Os questionários foram revisados para a verificação da qualidade das informações antes da digitação com retorno ao campo, caso houvesse necessidade. Os dados foram digitados no programa Epi-info versão 6.04 onde foram realizadas as análises das frequências de todas as variáveis do banco (CDC, 2000).
- 2- Foi considerada como variável independente para os detentos e funcionários do presídio a situação prisional, ou seja, se o participante da pesquisa pertencia ao quadro de detentos ou funcionários da unidade prisional. Para a rede pública de saúde a variável independente foi a

situação funcional. As outras variáveis relativas aos blocos do questionário foram consideradas dependentes para ambos os grupos.

- 3- Para as variáveis dependentes foi utilizado o teste do qui-quadrado e considerado com significância estatística o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

I- Dados sóciodemográficos:

Na **Tabela 1.** observa-se que 506 indivíduos participaram desta pesquisa, destes, 141 (27,9%) foram detentos, 115 (22,7%) funcionários da unidade prisional e 250 (49,4%) servidores da rede pública de saúde de Hortolândia-SP.

Entre os detentos 58,9% estavam na faixa etária entre 18 a 29 anos de idade. Dentre os funcionários do presídio, e funcionários da rede pública de saúde a faixa etária predominante foi a de 30 a 39 anos, respectivamente 44,3% e 29,6%.

A maior parte dos detentos autorreferiu ser de cor branca (53,2%), o mesmo ocorrendo entre funcionários do presídio (79,1%) e rede pública de saúde (66,4%).

A totalidade dos detentos (100%) e 80% dos funcionários do presídio pertenciam ao sexo masculino. Na rede pública de saúde o sexo feminino foi predominante (82,8%).

Entre os detentos 52,5% referiram ter ensino fundamental completo com até oito anos de estudo e 21,3% incompleto com até quatro anos.

Entre os funcionários do presídio 46,9% dos participantes afirmou ter o nível universitário com até 16 anos de estudo e 44,3%, o ensino médio com até 11 anos. Na rede pública de saúde 50% dos participantes declarou ter ensino médio com até oito anos de estudo e 32,4% ensino superior com até 16 anos.

Em se tratando da área de atuação dos funcionários do presídio 61,8% referiu atuar na área de segurança e 10,4% na área de saúde prisional. Na rede pública de saúde 62,4% concentrou-se na área da saúde seguido pela área administrativa (36,0%).

Com relação ao tempo de serviço 60% dos funcionários do presídio relataram ter entre um e nove anos de trabalho no sistema prisional. Na rede pública de saúde 54% declarou ter entre um e nove anos de trabalho e 27,6% menos de um ano de serviço.

Um grupo de detentos (47,5%) relatou que a última prisão foi há dois anos e 25% há menos de um ano.

Nas análises comparativas entre a população de detentos e de funcionários do presídio, houve significância estatística nas variáveis: idade, cor, sexo e anos de estudo ($p < 0,001$). Entre funcionários do presídio e rede pública de saúde foi encontrada significância estatística nas variáveis: idade, cor, sexo, anos de estudo, área de atuação e anos de trabalho ($p < 0,001$).

Sobre o principal sintoma respiratório da TB, a tosse com catarro, parte dos detentos (15,6%), funcionários do presídio (2,6%) e rede pública de saúde (2,8%) declararam ter este sintoma. Comparando detentos e funcionários do presídio, a diferença foi significativa com $p < 0,001$.

Sobre estar em tratamento da TB ou já ter tratado da doença 13,5% dos detentos 2,6% dos funcionários do presídio e 2,6% da rede pública de saúde responderam afirmativamente a esta questão.

II- Conhecimento e atitudes em relação à TB

Na **Tabela 2** observa-se que 76,6% dos detentos e 63,5% dos funcionários do presídio referiram não terem recebido informações sobre a tuberculose na unidade prisional. Foi encontrada significância estatística na comparação entre funcionários do presídio e rede pública de saúde nesta variável (63,5% vs 36,8%) ($p < 0,001$).

Na rede pública de saúde as fontes de informação mais acessadas pelos que receberam informações foram os folhetos (84,8%), seguido pelos treinamentos (32,9%). Na unidade prisional os folhetos foram mais acessados pelos detentos (45,5%) e entre os funcionários do presídio foram as palestras (52,4%), destacando-se as realizadas nas semanas de prevenção a acidentes (SIPA).

Na opinião de 58,9% dos detentos a tuberculose representou ser uma doença grave. Para 53,1% dos funcionários da unidade prisional e 49,2% da rede pública de saúde a doença foi considerada muito grave.

No grupo dos detentos o sintoma da tuberculose mais conhecido foi a tosse seca (63,1%), seguido por “outros sintomas” (41,1%) como calafrios, diarreia, fraqueza e suadeira. Houve também referência à tosse com catarro (28,4%), febre (22,7%), tosse com sangue (17,7%) e dor no peito (14,2%).

Para os funcionários do presídio o principal sintoma da TB foi a tosse persistente há mais de duas semanas (66,1%). Também foi citada a tosse seca (63,5%), tosse com catarro (57,4%), tosse com sangue (54,8%), febre (49,6%), dor no peito (47,8%), dores no corpo e falta de apetite (13,9%).

Na rede pública de saúde a tosse persistente há mais de duas semanas foi o principal sintoma conhecido da tuberculose (84,4%), seguido de perda de peso (63,2%), tosse com sangue (56%), tosse com catarro (50,0%), cansaço (46,8%) e falta de ar (38,8%).

Houve diferenças significantes quanto ao conhecimento dos sintomas da TB entre detentos e funcionários do presídio nas variáveis: tosse há mais de duas semanas, tosse com catarro, tosse com sangue, náusea, febre, cansaço, dor no peito, perda de peso, falta de ar e outros sintomas não relacionados à TB ($p < 0.001$).

Para os funcionários do presídio e rede pública de saúde, as diferenças detectadas foram para: tosse seca, tosse há mais de duas semanas, náusea, dor no peito e outros sintomas da tuberculose ($p < 0.001$).

Entre os detentos, a forma de transmissão da TB pelo ar foi a mais conhecida (49,6%), aparecendo também o compartilhamento de cigarros e o contato com o doente (29,1%). As formas de transmissão da doença eram desconhecidas por 22,0% dos detentos.

Entre os funcionários do presídio 88,7% mencionaram a transmissão através do ar como principal forma de contaminação da TB e 44,3% através do compartilhamento de pratos e talheres.

Na rede pública de saúde a 91,6% dos servidores citou a transmissão através do ar e 40,4% pelo compartilhamento de pratos e talheres.

Quando perguntado aos detentos “como uma pessoa pode se prevenir da TB” 51,1% referiu outras formas de prevenção como o não compartilhamento de cigarros e não ter contato com o doente e 38,3% não sabe quais são as formas de prevenção da doença.

Para os funcionários do presídio, 53% dos entrevistados disseram que para prevenir a TB deve-se evitar o compartilhamento de pratos e talheres; 40,9% pela lavagem das mãos e 38,3% por meio de outras atitudes como a realização de exames periódicos e vacinação.

Na rede pública de saúde 81,2% citou como forma de prevenção da TB o ato de cobrir a boca ao tossir ou espirrar; 42,8% não compartilhando pratos e talheres; 38,8% lavagem das mãos e 34,4% boa alimentação.

Quando questionados sobre “quem pode pegar TB” 69,5% dos detentos referiram qualquer pessoa e para 23,4%, pessoas que se alimentam mal e as que convivem com os doentes. Entre os funcionários do presídio 86,9% responderam que qualquer pessoa pode pegar TB e 13,9% citou idosos e fumantes. Na rede pública de saúde 98,4% afirmou que qualquer indivíduo pode pegar TB. As diferenças foram significativas para detentos vs funcionários do presídio e entre estes e a rede pública de saúde ($p < 0,001$).

A tuberculose foi considerada uma doença curável para as três categorias estudadas. A diferença foi verificada no item “tratamento com supervisão médica”, sendo de 41,8% entre detentos e 76,5% em funcionários do presídio ($p < 0,001$).

II- Atitudes e comportamentos em relação à TB

Na **Tabela 3** observa-se que ao serem questionados por que podem pegar tuberculose 32,1% dos detentos referiram a exposição em ambiente favorável e convívio com os doentes de TB (30,7%).

Os funcionários do presídio citaram o convívio com doentes de TB (33,3%) e o ambiente insalubre (22,8%).

Para 34,5% dos funcionários da rede pública de saúde que responderam o questionário, a exposição à TB no ambiente de trabalho e o compartilhamento de objetos são fatores favoráveis para a contaminação. Para 20,3% qualquer pessoa pode pegar TB e para 13,8% a contaminação está relacionada à convivência com os doentes nas unidades de saúde. Um grupo de trabalhadores da rede pública de saúde declarou que não pode pegar TB (7,4%). Porém 5,2% não soube informar o porquê.

No roteiro *KAP* a pergunta “o que sentiria se tivesse TB” propicia conhecer o sentimento despertado pela doença. Para os detentos foi tristeza (37,5%) e preocupação (27,7%). Entre os funcionários do presídio, tristeza (41,7%) e medo (26%) e entre aqueles da rede pública de saúde, medo (32,4%) e tristeza (21,6%).

Quando questionados se falariam sobre a doença, caso fossem acometidos, os detentos e funcionários do presídio responderam positivamente; 17,2% da rede pública de saúde disseram que não falariam.

Os detentos citaram principalmente os companheiros de cela (67,41%); os funcionários do presídio preferiram amigos e pais. Na rede pública de saúde a opção “médico” foi a mais referida.

Quando indagados sobre em que momento procuraria o posto de saúde, caso pensassem ter os sintomas da TB 84,4% dos detentos e 69,5% dos funcionários do presídio declararam que o faria assim que percebessem que estes sintomas estivessem relacionados com a doença. Na rede pública foram 31,2%.

Apenas 24,1% dos detentos disseram que o tratamento da TB é gratuito. Entre os funcionários do presídio foram 58,1% e na rede pública de saúde 83,6% ($p < 0.001$).

VI- Atitudes e estigma em relação à TB

Na **Tabela 4**, a maior parte dos detentos (82,3%), funcionários do presídio (69,6%) e rede pública de saúde (67,2%) referiu conhecer alguém que teve tuberculose.

O sentimento dos participantes para com as pessoas doentes de TB foi de solidariedade e desejo de ajudar para 49,6% dos detentos; 65,2% para os funcionários do presídio e 74,4% da rede pública de saúde. A referência a nenhum sentimento para com os doentes de TB foi respectivamente 14,8%; 8,7% e 9,6%.

Quando indagados “sobre como um doente de TB é considerado pelas outras pessoas” 43,2% dos detentos declarou que “muitos rejeitam”, mas que “muitos ajudam” (37,5%). Respostas semelhantes foram verificadas entre funcionários do presídio. Na rede pública de saúde 45,2% respondeu que “muitos ajudam”, mas 22,8% referiu que “muitos são amigáveis, mas tentam evitá-las” e 22,0% não souberam responder á esta questão.

Ao serem questionados por que uma pessoa vivendo com HIV também pode ter tuberculose 78,7% dos detentos citou a baixa imunidade, proporção muito superior encontrada entre os funcionários do presídio (47,8%) ($p < 0,001$). Chama-

se a atenção a proporção de funcionários da rede pública de saúde que responderam a alternativa “não sabe” (31,6%).

Detentos (79,4%), funcionários do presídio (63,5%) e rede pública de saúde (58,4%) responderam que não se sentem bem informados sobre a TB e que desejam receber mais informações sobre a doença. Entre as fontes mencionadas pelos detentos estão as palestras e folhetos e entre os funcionários do presídio e da rede pública de saúde a internet, T.V. e rádio.

A preocupação dos entrevistados quando pensam em Tuberculose também faz parte do roteiro *KAP*. Para os detentos é sobre a infecção (28,3%) e transmissão (19,8%); entre os funcionários do presídio também é a transmissão (22,6%) e na rede pública de saúde a maior frequência foi para a alternativa “não sabe” (26%).

V- Conhecimento sobre o HIV/aids

A **Tabela5** mostra que 58,9% dos detentos e 61,7% de funcionários do presídio afirmaram que ter relações sexuais com alguém sabidamente soronegativo para o HIV reduz o risco da transmissão do vírus. Na rede pública de saúde grande parte dos servidores discorda desta opinião, sendo esta diferença significativa (61,7% vs 42,8%) ($p < 0,001$).

Um pequeno grupo dos participantes não acredita no uso do preservativo como barreira de proteção à infecção do HIV, sendo 8,5% entre detentos; 4,3% entre funcionários do presídio e 6,4% na rede pública de saúde.

Perguntados se uma pessoa com boa aparência pode ser portadora do HIV/aids 8,5% dos detentos 2,6% dos funcionários do presídio e 6,8% na rede pública de saúde concordaram com este conceito.

A transmissão do HIV através da picada de mosquito foi referida por 15,6% dos detentos; 8,7% dos funcionários do presídio e 3,2% na rede pública de saúde e ainda 5,0% dos detentos; 2,6% dos funcionários do presídio e 7,2% da rede pública de saúde referiram acreditar na transmissão do HIV através do compartilhamento de uma refeição no mesmo prato com alguém infectado.

DISCUSSÃO:

O conhecimento médico científico levou a humanidade acreditar que no final do século XX as doenças infectocontagiosas em geral, não teriam mais a mesma representatividade das pestes conhecidas ao longo da história e o desenvolvimento tecnológico dos quimioterápicos, associados aos resultados das pesquisas científicas permitiriam que as doenças infecciosas, como a tuberculose, por exemplo, estivessem controladas, transformando-as em doenças curáveis.

Neste mesmo período o mundo conheceu a pandemia do HIV/aids com altas taxas de mortalidade no início dos anos 80, mas que na atualidade se mostram reduzidas graças ao advento das medicações antirretrovirais. A tuberculose tem sido a maior causa de morte entre as pessoas vivendo com HIV/aids e considerada uma das questões mais importantes na saúde pública mundial, em especial entre as populações prisionais (Nascimento, 2005; Nogueira, 2009).

Historicamente as prisões foram construídas para aumentar a segurança pública e não para reduzir a transmissão das doenças ou para eficientemente, oferecer cuidados médicos aos detentos. Este conceito associado ao baixo investimento na área da saúde prisional, em detrimento à área de segurança nas últimas décadas trouxe sérias dificuldades no controle das doenças

infectocontagiosas nas prisões, especialmente em relação à tuberculose (Brasil, 2009a; Bick, 2007).

Este estudo possibilitou a observação desta realidade durante o trabalho de campo, bem como a percepção das dificuldades que a reduzida equipe de saúde enfrenta no cotidiano da unidade prisional. Durante a pesquisa nenhum médico ou dentista esteve presente ao serviço e alguns procedimentos de enfermagem eram realizados por profissionais das áreas de psicologia e serviço social ou pelos agentes de segurança. Estes últimos demonstraram ter uma relação tensa com a equipe de saúde devido ao papel que exercem de reguladores no acesso dos detentos aos serviços, sem terem adquirido nenhuma formação na área da saúde. Diuana et al. (2008) tratou desta questão em seus estudos realizados nas prisões do Rio de Janeiro, concluindo que esta interferência dos agentes de segurança representa uma grande barreira para o controle da tuberculose nas prisões.

Os resultados referentes à escolaridade e cor dos detentos mostraram que esta população era formada em sua maior parte por indivíduos brancos, com até oito anos de estudo e coincidem com os resultados obtidos por Nogueira e Abrahão (2009). Porém, estes resultados divergem dos dados contidos no Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP) de 2004 e na sua revisão em 2010. Neste documento consta que a população prisional brasileira é composta em sua maior parte por indivíduos analfabetos, pardos e negros (Brasil, 2004; 2010d). Esta divergência nos dados sugere que a informação sobre a cor não tenha sido autorreferida pelos detentos no PNSSP e aponta a generalização dos

dados, mostrando a necessidade de maior detalhamento das informações referentes à escolaridade, com estratificação por unidades prisionais, estados e regiões.

A presença de antecedentes de tratamento de TB entre detentos indica haver uma relação entre infecção e tempo de permanência nas prisões. O tempo de prisão, em média 30 meses, foi o mesmo encontrado em outro estudo que referiu a permanência nas prisões como fator favorável à infecção para TB/HIV/aids e outras DST (Nogueira e Abrahão, 2009).

Esta relação entre tempo de prisão e infecção marca a preocupação com a incidência do HIV nas prisões e o seu impacto na coinfeção com a TB-MDR. Owuor et al. concluíram que 17% dos pacientes com HIV analisados em seus estudos tiveram histórico de tuberculose com diagnóstico atual ou desenvolveram a doença durante o tratamento. Andrade et al. (2010) mencionaram que a infecção por HIV reduz a eficácia do tratamento da TB-MDR e Nogueira e Abrahão (2009) indicam que os programas de saúde prisional devem aumentar seus esforços na busca ativa de sintomáticos respiratórios através da baciloscopia e outras estratégias, como por exemplo, a utilização de Raios-X no detento ingresso.

Sanchez et al. (2010) afirmaram que o controle da TB nas prisões, em sua maior parte, é prescritivo com tímida participação da comunidade prisional, em especial nas prisões de alta segurança onde o acesso aos serviços sanitários é

limitado por confinamentos especiais. Intervenções focadas nos treinamentos de pares e discussões de grupos envolvendo guardas, psicólogos e professores poderiam ampliar o conhecimento sobre a TB e causarem impacto na detecção de casos, entretanto não é garantida a continuidade destas intervenções diante das circunstâncias reais e prioritárias das prisões no Brasil.

Noeske et al. (2010) citaram que mesmo havendo um controle satisfatório da TB no presídio, o número de casos indetectáveis permanece inaceitavelmente elevado e coloca em dúvida se realmente é possível controlar a doença sob circunstâncias de confinamento. Esta dúvida também se fez presente durante a realização deste estudo, considerando-se as observações de campo, a análise dos dados, e a realidade atual dos serviços de saúde prisionais.

Sobre a utilização do instrumento de pesquisa na obtenção de dados sobre conhecimento, Hausmann et al. (2003) referiram que na utilização do *KAP* outros tipos de conhecimento relacionados aos sistemas de saúde como, por exemplo, as questões de acesso e qualidade destes serviços são altamente negligenciados. O mesmo esperava-se encontrar nesta pesquisa, no entanto os resultados obtidos mostraram importantes apontamentos sobre o conhecimento destas questões.

Foi possível observar que a restrição dos detentos às fontes de informação, limita o acesso e do conhecimento sobre a TB e HIV/aids ao reduzido número de folhetos e cartazes e às palestras pontuais realizadas pelas equipes de saúde prisional. Esta limitação sugeriu que a qualidade do serviço em relação às ações

de educação em saúde é ineficaz e aponta a necessidade de estratégias voltadas para a ampliação destas fontes tornando-as mais acessíveis aos detentos.

Em relação ao acesso dos detentos aos serviços de saúde prisional foi verificado que nas respostas à pergunta “O que faria se pensasse que tem sintomas da TB”, os detentos responderam em quase a sua totalidade (94,3%) que “procuraria um posto de saúde”. Todavia, o acesso aos serviços de saúde prisional depende da permissão dos agentes de segurança. Esta submissão representa um obstáculo para o detento no seu acesso à saúde e desqualifica, no contexto prisional, o seu direito à cidadania.

Boaretto et al. (2010) analisaram o conhecimento da população brasileira sobre TB e verificaram que 34% dos entrevistados conhecem alguém que teve ou tem tuberculose. Entre os detentos 84% responderam afirmativamente à mesma questão e 69,6% dos funcionários do presídio também. Estes resultados sugerem que os detentos possuem familiaridade com a tuberculose, porém o conhecimento sobre a doença é permeado de crenças e informações equivocadas.

Launiala e Honkasalo (2007), Farmer (1997) e Balshen (1993) afirmaram que o conhecimento poderia influenciar nas práticas em relação à prevenção dos agravos da saúde. Neste estudo observou-se que grande parte dos detentos e funcionários do presídio não recebeu informações sobre a TB e HIV/aids e também houve um considerável número de respostas erradas sobre a prevenção destas doenças. Estes resultados permitiram avaliar, assim como Waisbord,

(2010) e Oliveira e Cardoso (2004) que as formas de comunicação, bem como as estratégias utilizadas no repasse do conhecimento para os detentos e funcionários do presídio, não atingem seus objetivos e demonstram a ausência da instituição penitenciária nas intervenções de educação em saúde e na contribuição para o controle da tuberculose.

A análise dos dados supõe que entre alguns detentos o conhecimento sobre o HIV/aids é permeado por equívocos que alimentam crenças em relação, às formas de prevenção e transmissão da doença, coincidindo com resultados encontrados por Akeke et al. (2007). Considerando-se a alta prevalência do HIV entre prisioneiros, que posteriormente podem desenvolver tuberculose, os resultados sugerem a ampla divulgação do conhecimento sobre o manejo clínico e epidemiológico destes agravos entre a população prisional (Kuznetzova et al 2010).

Não foram encontrados outros estudos que abordassem o conhecimento de funcionários de presídios sobre TB e HIV/aids, mas Sánchez et al., (2004) pesquisaram este conhecimento entre estudantes universitários e consideraram que estes indivíduos com bom nível de educação, concentrados num mesmo local por muito tempo e com acesso a várias fontes de informação, poderiam ser considerados como uma população diferenciada. Avaliaram ainda que a relação entre escolaridade e tempo de permanência em um mesmo local, com acesso à T.V., rádio, internet e outras fontes, possibilitariam condições privilegiadas para interpretação e compreensão de determinado assunto, em especial a TB e o

HIV/aids. Condições semelhantes foram encontradas entre os funcionários do presídio e esperavam-se melhor desempenho nos resultados deste grupo. Entretanto, assim como os estudantes universitários, estes também apresentaram equívocos no conhecimento sobre a TB e suas formas de transmissão, sinais e sintomas.

A rede pública de saúde como previsto, demonstrou melhor desempenho sobre o conhecimento da TB nesta pesquisa, mas foram observados vários erros conceituais básicos sobre doença. Resultados similares foram verificados em outros estudos com trabalhadores de enfermagem (Souza e Bertolozzi, 2007) e com as equipes de saúde da família (Maciel et al., 2009). Entretanto, estas informações seriam facilmente acessadas em qualquer manual de tuberculose disponível pelos departamentos de Vigilância Epidemiológica (V.E) ou pela internet (Brasil, 2002).

O manual de recomendações para o controle da TB no Brasil foi recentemente atualizado em 2010 com a introdução do novo esquema terapêutico para o tratamento da doença e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose realizou treinamentos em todo o território nacional (Brasil, 2010c). No município de Hortolândia-SP este treinamento foi replicado pela V.E. direcionado aos médicos e equipes de enfermagem, porém poucos clínicos compareceram e outros profissionais da saúde como dentistas, psicólogos e assistentes sociais, nutricionistas não foram incluídos.

Naughton et al. (2010) concluíram que os treinamentos são importantes métodos para aumentar o conhecimento e as práticas dos clínicos no rastreamento da TB. Rao et al. (2010) afirmaram que o conhecimento dos clínicos gerais sobre a tuberculose é razoavelmente bom, mas demanda maior conhecimento sobre o tratamento supervisionado que poderia ser obtido nos treinamentos oferecidos pelo Programa de Tuberculose. A ausência dos médicos nos treinamentos indica que oportunidades são perdidas no diagnóstico precoce da doença nos postos de saúde. Este contexto indica haver deficiência nas ações continuadas de educação em saúde na rede pública e marca a necessidade da socialização das informações e do conhecimento sobre a TB com os demais profissionais da área, numa abordagem multidisciplinar e intersetorial (Ruffino-Netto, 2002).

Estudos realizados em vários países com diferentes populações incluindo profissionais da saúde referem que a consciência sobre os mecanismos de transmissão e o controle terapêutico da tuberculose, bem como atitudes e comportamentos, opiniões e percepções a respeito da doença podem intervir em todo o processo de saúde, adoecimento e cura (Aguilera et al.,2000; Alvarez-Gordilho et al.,2000).

Neste estudo todos os grupos analisados foram unânimes em perceber sua vulnerabilidade frente à tuberculose, apesar de alguns equívocos encontrados no conhecimento sobre a doença. Os funcionários do presídio referiram sentirem-se vulneráveis por terem contato com presos doentes e visitantes durante as revistas

e também devido à insalubridade do próprio local de trabalho. Os detentos associaram sua vulnerabilidade ao convívio com outros presos doentes, à transmissão da doença pela saliva no compartilhamento de pratos e talheres, às péssimas condições de higiene do presídio e à superlotação das celas. Os funcionários da rede pública de saúde se sentiram vulneráveis por considerarem que estão expostos à infecção por TB no contato com os doentes nas unidades de saúde e no compartilhamento de objetos. Outros estudos realizados com trabalhadores da área da saúde encontraram resultados similares aos observados nesta pesquisa e sugerem que ações de educação continuada poderiam desmistificar os conceitos equivocados sobre a transmissão da tuberculose (Claassens et al., 2010; Souza e Bertolozzi, 2007).

Belo et al. (2010) encontraram alta prevalência de infecção latente da TB em trabalhadores da saúde nos hospitais do Rio de Janeiro e apontam a necessidade de investigações periódicas e tratamento da doença nos trabalhadores diagnosticados. Os antecedentes de tratamento de TB encontrados neste estudo entre os funcionários da rede pública de saúde indicam que estas investigações poderiam ser mais constantes, colaborando para o controle da tuberculose entre os profissionais da saúde.

Petty e Caioppo (1981) consideraram que atitude é um termo usado para referir os sentimentos que um indivíduo possui sobre um objeto, assunto ou pessoa. Launiala (2009) referiu que as atitudes estão associadas ao conhecimento, crenças, emoções e valores que podem ser positivos ou negativos.

Pelto e Pelto (1994) descreveram que atitudes causais ou equivocadas podem ser consideradas como produto de crenças ou do conhecimento.

Hausman et al. (2003) e Cleland (1973) afirmaram que muitas das pesquisas que utilizam o questionário *KAP* não apresentam os resultados sobre as atitudes devido ao risco substancial de falsamente generalizar-se as opiniões e sentimentos de um determinado grupo populacional. O ato de mensurar atitudes ou sentimentos através de pesquisas tem sido criticado por vários motivos. Os entrevistados tendem a dar respostas que acreditam serem corretas, aceitas ou apreciadas e os temas delicados são particularmente exigentes, podendo haver influência do contexto na entrevista (Hausman et al.,2003; Pelto & Pelto, 1994).

Esta situação ocorreu durante a aplicação do questionário *KAP*. Percebia-se certo mal estar entre os participantes quando confrontados com alguma pergunta delicada e tendiam a responder algo sobre o que acreditavam ser correto, aceito ou apreciado. Este comportamento foi observado entre os detentos e funcionários do presídio referente às perguntas: “Qual o sentimento que você tem sobre as pessoas doentes de TB” e “Como uma pessoa que tem TB é considerada pelas outras pessoas”.

Na primeira questão, o elevado número de respostas, “solidário e desejo ajudar” levou a crer que esta seria uma afirmação que o participante acreditou ser valorizada no contexto da entrevista, mas que poderia não refletir a sua real atitude. Na segunda pergunta os detentos responderam que “muitos são

rejeitados” e os funcionários do presídio disseram que “muitos ajudam”, mas parte destes também afirmou que “muitos rejeitam”. A rede pública de saúde referiu o “desejo de ajudar” na primeira questão e que “muitos ajudam” na segunda. Os participantes poderiam estar desinformados sobre o assunto e considerarem estranha a pergunta, tendo respondido aquilo que julgaram ser adequado no momento da entrevista não expressando a verdade, mas mesmo assim, o instrumento de pesquisa permitiu que as atitudes fossem mensuradas.

Avaliou-se na observação destes resultados, que rejeição e discriminação são sentimentos fortemente presentes no contexto prisional. O controle da tuberculose nas prisões pode ser considerado como uma ação de menor importância pela sociedade, uma vez que a população de detentos é composta por indivíduos estigmatizados em cumprimento de penas judiciais. No entanto, o acesso à saúde é um direito universal e uma das diretrizes do SUS, cabendo ao poder público garantir este acesso também à população penitenciária (Courtwright e Turner, 2010; Brasil, 1988).

Quando questionados sobre qual sentimento teriam se adoecessem por tuberculose, os detentos relataram que sentiriam tristeza e compaixão. Estes sentimentos poderiam estar associados à sua condição de confinamento e à sua própria segurança e sobrevivência, bem como aos riscos que a doença pode representar neste ambiente, comprometendo a sua relação com os outros detentos (Diuana et al., 2008). Os funcionários do presídio associaram a tristeza seguida pelo medo e a rede pública de saúde referiu o medo seguido de tristeza.

Novamente os dados foram mensurados e as respostas poderiam não expressar a realidade. Neste ponto observou-se a fragilidade deste instrumento de pesquisa na coleta de informações sobre as atitudes em relação à tuberculose. A análise destes resultados levantou algumas preocupações associadas à mensuração das atitudes através de uma pesquisa quantitativa e abre um espaço para discussão sobre a validação destes resultados (Launiala e Kulmala, 2006).

Courtwright e Turner (2010) referiram que o medo é a causa mais comum de estigma na TB, é um processo que se inicia com a identificação de um traço ou característica de um indivíduo ou grupo e torna-se indesejável ou desvalorizado. Sentimentos relacionados ao nojo, vergonha e culpa, são agregados a um conjunto de atitudes que podem interferir nas relações interpessoais podendo aumentar os comportamentos de risco. Ascuntar et al. (2010) reafirmaram que o medo da infecção por tuberculose pode ter um efeito negativo sobre as relações interpessoais com o doente sugerindo a geração do estigma e discriminação, dificultando o acesso ao tratamento e adesão (Acosta et al.,2010).

Durante as entrevistas uma funcionária relatou ter adoecido por TB e atribuiu esta contaminação durante o procedimento de revista nas mulheres que faziam visitas íntimas aos detentos. Relatou ter sentido muita tristeza, medo, depressão e que, mesmo afastada desta atividade no seu retorno ao trabalho após o período inicial do tratamento, sentiu o preconceito e o estigma dos outros colegas. Estes sentimentos geraram angústia, sofrimento e tristeza, colaborando para que ela se sentisse deprimida, recorresse ao uso abusivo de álcool e não

aderisse corretamente ao tratamento, causando a recidiva da doença. Caron-Ruffino e Ruffino-Neto (1979) concluíram que há associação entre alcoolismo e tuberculose e Allen et al. (2010) encontraram em seus estudos forte associação da tuberculose com depressão e ideias de suicídio em pacientes de TB e sugere maior empenho dos programas de TB no sentido de minimizar estes sentimentos entre as pessoas afetadas pela doença.

Observou-se nos resultados que a maior parte dos detentos e funcionários do presídio referiu práticas preventivas equivocadas em relação à tuberculose como, por exemplo, ter boa higiene e boa alimentação, não acreditar na doença, lavar das mãos, evitar friagem e compartilhamento de pratos e talheres. Na rede pública de saúde, onde se esperava melhores resultados sobre o conhecimento das formas de prevenção, um número modesto referiu “cobrir a boca ao tossir e espirrar” e grande parte associou a prevenção da doença ao não compartilhamento de pratos e talheres. Nestes resultados não fica esclarecida a lógica por trás destas tomadas de decisão em relação à prevenção, mas indica haver deficiência de conhecimento do manejo clínico e epidemiológico da doença entre os grupos analisados (Launiala,2009).

Ainda em relação às práticas, foi observado que sobre o ato de se falar a respeito da doença e para quem se falaria, caso tivesse TB, os detentos referiram a necessidade de comunicar a seus companheiros de cela ou para qualquer outra pessoa que pudesse ouvi-los sobre a sua condição de doente. Este comportamento pode ser explicado pela fragilidade que a doença representa no

contexto prisional (Diuana et al., 2008). O detento doente pode colocar em risco seus companheiros de cela e ao expressar sobre a sua doença seus companheiros podem mobilizar-se para sua remoção, reduzindo a chance de contaminação dos outros detentos e colaborar para o rápido acesso do doente ao serviço de saúde prisional. Os funcionários do presídio falariam sobre a doença para um amigo próximo ou familiares e a rede pública de saúde para o médico e parentes. Esta diferença nos resultados supõe haver uma relação entre o conhecimento sobre a TB e acesso aos serviços de saúde (Launiala e Honkasalo, 2007).

Os resultados revelaram que em quase sua totalidade, os entrevistados dos três grupos procurariam um posto de saúde se pensassem ter os sinais e sintomas da TB. Os detentos e funcionários do presídio teriam esta prática assim que percebessem que estes indícios pudessem estar relacionados com a tuberculose. Contudo, esta tomada de decisão é questionável quando observamos os resultados do conhecimento deste grupo sobre os sinais e sintomas da doença e também quanto ao acesso dos detentos aos serviços de saúde prisional. Os funcionários da rede pública de saúde procurariam os serviços de saúde quando se sentissem sintomáticos por mais de 15 dias. Estes resultados indicam haver influência do conhecimento clínico e epidemiológico sobre a TB e do acesso aos serviços de saúde nas práticas dos três grupos analisados (Launiala e Honkasalo, 2007).

Outra preocupação de alguns autores é que os dados obtidos numa pesquisa *KAP* são frequentemente utilizados para planejar atividades focadas em mudanças de comportamento em relação a alguma questão da saúde, com base na falsa premissa de que existe uma relação direta entre conhecimento e comportamento (Farmer, 1997; Balshen, 1993). Alguns estudos têm mostrado que o conhecimento é um fator que influencia as práticas e considerando as mudanças de comportamento, os programas de saúde necessitam relacionar fatores socioeconômicos, ambientais e estruturais sobre as práticas no planejamento das ações de prevenção (Launiala e Honkasalo, 2007).

A qualidade dos cuidados de saúde prestados aos detentos sempre foi uma preocupação na maioria dos países e a tarefa de gerenciar os detentos infectados pelo HIV, bem como o desenvolvimento de atividades de prevenção, tornaram-se um grande desafio (Mason et al., 1997). A atividade sexual consentida ou não, o uso da tatuagem em condições precárias e o uso de álcool e drogas são condições toleradas nas prisões e facilitam a transmissão do HIV entre detentos. Vários autores têm identificado a transmissão de HIV nas prisões embasados em testes de anticorpos HIV, identificando a soroconversão em prisioneiros após mais de cinco anos de prisão contínua (Mutter, 1994; Hammett, 1990).

Uma das recomendações da Organização das Nações Unidas em relação às questões da infecção pelo HIV/aids nas prisões é facilitar a educação sobre o risco de transmissão do HIV tanto para os reclusos como para os servidores prisionais (ONUSIDA,2001). Na maior parte das penitenciárias do Brasil são raras

as ações de educação em saúde direcionadas aos detentos e funcionários sobre os riscos de infecção do HIV/aids (Strazza et al.,2006). Durante a realização desta pesquisa não foi realizada nenhuma atividade de prevenção voltada para os detentos e funcionários da unidade prisional.

Considerando que determinados comportamentos podem aumentar o risco de infecção pelo HIV/aids, vários estudos foram realizados sobre este tema desde o surgimento da pandemia. Alguns utilizaram o questionário *KAP* como instrumento de pesquisa entre prisioneiros e outras populações e a exemplo destes, o presente estudo também abordou o conhecimento do HIV/aids entre os três grupos analisados (Abebe et al., 2010; Thakisi, 2001).

A ideia de que fazer sexo com uma pessoa HIV negativo reduz a chance de infecção pelo HIV foi referida pela maioria dos detentos e funcionários de presídio. Resultados semelhantes foram encontrados por Akeke et al.(2007) e sugere o desconhecimento sobre a janela imunológica para infecção pelo HIV/aids. Muitos deles podem nunca terem ouvido falar na existência do vírus HIV ou não se sentirem vulneráveis à doença, o que demanda dos sistemas prisionais a realização de ações de prevenção e incentivo ao aconselhamento e testagem para o HIV.

A rede pública de saúde em sua maior parte discordou deste conceito, indicando haver neste grupo maior conhecimento sobre o período de soroconversão do HIV, e sugere que este esclarecimento possa ter relação com

os acidentes perfuro cortantes. Desde o início da pandemia, muitos treinamentos foram realizados na prevenção destes acidentes e houve uma extensa produção científica sobre o assunto, o que poderia ter influenciado nos resultados desta pesquisa, referente à janela imunológica do HIV (Marziale e Rodrigues, 2002).

Quando questionados sobre o uso do preservativo masculino como barreira de proteção contra a infecção pelo HIV, 8,5% dos detentos referiram não acreditar na confiabilidade deste insumo de prevenção. Na rede pública de saúde 6,4% dos funcionários também concordam com este conceito. Estes resultados indicam haver desconhecimento, entre alguns entrevistados, da capacidade de resistência e do uso correto do preservativo masculino (Brasil, 2010b).

A opinião de que uma pessoa com boa aparência não pode ter HIV/aids e que o vírus HIV pode ser transmitido através da picada de mosquito ou no compartilhamento de uma refeição com alguém infectado, foram referidos por alguns participantes dos três grupos analisados nesta pesquisa. Estes resultados mostram que ainda há equívocos no conhecimento da transmissão do HIV na população geral, apesar das campanhas de prevenção realizadas pelo Programa Nacional de DST/aids ao longo das últimas décadas.

Launiala (2009) refere sobre a utilização do *KAP*, que este instrumento pode ser útil quando o objetivo da pesquisa é coletar informações gerais sobre alguma questão de saúde pública relacionada ao tratamento, prevenção, e dados sociodemográficos. Mas se o objetivo é estudar o conhecimento, práticas e

atitudes, considerando um determinado contexto, seria indicada a combinação de métodos quali e quantitativos, incluindo discussões de grupo focal, entrevistas mais detalhadas, observações e outros métodos participativos.

Launiala (2009), Launiala e Honkasalo (2007) e Launiala e Kulmala (2006) apontaram em seus estudos que a utilização do questionário *KAP* em pesquisas que abordam conhecimento, práticas e atitudes de um determinado grupo populacional em relação às questões de saúde, apresentaram desafios, problemas e dificuldades que poderiam ser abertamente debatidos, contribuindo para uma ampla discussão científica e analítica sobre os pontos fracos e fortes em desenhos e metodologia de pesquisas.

A utilização do questionário *KAP* como instrumento único aplicado nesta pesquisa, também apresentou várias dificuldades e limitações que tornaram os dados sociodemográficos e de conhecimento geral, importantes na utilização de planejamento de ações dos programas. Entretanto, mostrou-se frágil na interpretação dos dados coletados sobre as práticas e atitudes, dificultando a compreensão da lógica por trás das informações obtidas, demandando a contextualização da pesquisa para melhor entendimento destes resultados, que o questionário por si só não possui. Esta limitação traz à luz da discussão, um questionamento sobre a validação do questionário do *KAP* como instrumento de pesquisa na obtenção de dados sobre práticas e atitudes em relação à tuberculose e HIV/aids.

TABELAS

Tabela 1: Características dos detentos, e dos funcionários da unidade III C.P. e rede pública de saúde segundo variáveis sociodemográficas e condições de saúde. Hortolândia, 2010

	Detentos (N=141)		Func.Pres. (N=115)		Rede P.Saúde (N=250)		valor p(1)	valor p(2)
	N	%	N	%	N	%		
Idade							<0.001	0.014
18-29	83	58,9	20	17,4	55	22,0		
30-39	47	33,3	51	44,3	74	29,6		
40-49	9	6,4	32	27,8	69	27,6		
≥50	2	1,4	12	10,5	52	20,8		
Cor							<0.001	0.013
Branco	75	53,2	91	79,1	166	66,4		
Não Branco	66	46,8	24	20,9	84	33,6		
Sexo							<0.001	<0.001
Masculino	14	100,0	92	80,0	43	17,2		
Feminino	-	-	23	20,0	207	82,8		
Anos de estudo							<0.001	0.004
0-4	30	21,3	-	-	13	5,2		
5- 8	74	52,5	-	-	9	3,6		
9-11	34	24,1	51	44,3	125	50,0		
12-16	2	1,4	54	46,9	81	32,4		
≥ 17	-	-	10	8,7	22	8,8		
Área de atuação							-	<0.001
Saúde	-	-	12	10,4	159	62,4		
Administração	-	-	32	27,8	90	36,0		
Segurança	-	-	71	61,8	4	1,6		
Anos da ultima Prisão								
< 1	35	24,8	-	-	-	-		
1-2	67	47,5	-	-	-	-		
3-5	27	19,2	-	-	-	-		
≥ 6	11	7,8	-	-	-	-		
Anos de trabalho							-	<0.001
<1	-	-	10	8,7	69	27,6		
1-9	-	-	68	60,0	135	54,0		
10-19	-	-	31	27,0	44	17,6		
≥20	-	-	5	4,3	2	0,8		
Tem tosse com catarro							<0.001	0.917
Sim	22	15,6	3	2,6	7	2,8		
Não	119	84,3	112	97,4	243	97,2		
Já tratou ou está em tratamento de TB							0.007	0.033
Sim	19	13,5	3	2,6	6	2,4		
Não	120	85	111	96,5	244	97,6		
Em Tratamento	2	1,4	1	0,9	-	-		

Valor de p(1) Comparação entre detentos e funcionários do presídio

Valor de p(2) Comparação entre funcionários do presídio e rede pública de saúde

Tabela 2: Conhecimento e atitudes entre os detentos e funcionários do presídio da unidade III C.P. e rede publica de saúde sobre tuberculose. Hortolândia, 2010.

	Detentos (N=141)		Func.pres. (N=115)		Rede P.Saúde (N=250)		valor p(1)	valor p(2)
	N	%	N	%	N	%		
Recebeu informações sobre TB							0,022	<0,001
Sim	33	23,4	42	36,5	158	63,2		
Não	108	76,6	73	63,5	92	36,8		
Fontes de informação								
Folhetos	15	45,5	13	30,9	134	84,8	0,132	<0,001
Internet	-	-	-	-	20	12,7	-	-
T.V	-	-	-	-	30	19,0	-	-
Rádio	-	-	-	-	7	4,4	-	-
Treinamentos	1	3,0	8	19,1	37	23,4	0,024	0,547
Palestras	13	39,4	22	52,4	52	32,9	0,196	0,020
Outros (1)	11	33,3	6	14,3	13	8,2	0,051	0,371
Opinião sobre a TB							0,140	0,090
Grave	83	58,9	51	44,3	119	47,6		
Muito Grave	53	37,6	61	53,1	123	49,2		
Não grave	5	3,5	1	0,9	8	3,2		
Não sabe	-	-	2	1,7	-	-		
Sintomas da TB								
Tosse seca	89	63,1	73	63,5	85	34,0	0,952	<0,001
Tosse + de 2 semanas	7	5,0	76	66,1	211	84,4	<0,001	<0,001
Tosse com catarro	40	28,4	66	57,4	125	50,0	<0,001	0,189
Tosse com sangue	25	17,7	63	54,8	140	56,0	<0,001	0,828
Febre	32	22,7	57	49,6	89	35,6	<0,001	0,011
Febre sem causa + de 7 dias	-	-	39	33,9	76	30,4	-	0,502
Dor de cabeça	17	12,1	18	15,7	-	-	0,405	-
Cansaço	14	9,9	55	47,8	117	46,8	<0,001	0,855
Náusea	1	0,7	18	15,7	14	5,6	<0,001	<0,001
Dor no peito	20	14,2	55	47,8	68	27,2	<0,001	<0,001
Perda de peso	14	9,9	59	51,3	158	63,2	<0,001	0,031
Falta de ar	6	4,3	51	44,3	97	38,8	<0,001	0,316
Não sabe	13	9,2	4	3,5	4	1,6	0,067	0,255
Outros (2)	58	41,1	16	13,9	3	2,6	<0,001	<0,001
Como se pega TB								
Através de aperto de mão	9	6,4	11	9,6	8	3,2	0,346	0,010
Através do ar	70	49,6	102	88,7	229	91,6	<0,001	0,375
Compartilhando pratos e talheres	15	10,6	51	44,3	101	40,4	<0,001	0,477
Comendo no mesmo prato	1	0,7	40	34,8	68	27,2	<0,001	0,140

Tocando em maçanetas	-	-	14	12,2	20	8,0	-	0.203
Não sabe	31	22,0	6	5,2	13	5,2	<0.001	0.994
Outros (3)	41	29,1	16	13,9	4	1,6	0.003	<0.001
Como uma pessoa pode se prevenir da TB								
Evitando cumprimentar com as mãos	2	1,4	7	6,1	10	4,0	0.044	0.379
Cobrindo a boca ao tossir ou espirrar	4	2,8	-	-	203	81,2	-	-
Evitando compartilhar pratos talheres	14	9,9	61	53,0	107	42,8	<0.001	0.729
Lavando as mãos	4	2,8	47	40,9	97	38,8	<0.001	0.707
Fechando as janelas	-	-	7	6,1	2	0,8	-	0.002
Alimentando-se bem	5	3,5	54	47,0	86	34,4	<0.001	0.022
Orando, rezando ou benzendo-se	-	-	7	6,1	3	1,2	-	0.007
Não sabe	54	38,3	12	10,4	9	3,6	<0.001	0,009
Outros (4)	72	51,1	44	38,3	6	2,4	0.041	0,001
Quem pode pegar TB								
Qualquer pessoa	98	69,5	100	86,9	246	98,4	<0.001	<0.001
Apenas pessoas pobres	-	-	-	-	-	-	-	-
Apenas moradores de rua	2	1,4	-	-	1	0,4	-	-
Apenas alcoólatras	-	-	-	-	2	0,8	-	-
Apenas usuários de drogas	-	-	-	-	2	0,8	-	-
Apenas pessoas vivendo c/ HIV/aids	1	0,7	-	-	2	0,8	-	-
Apenas pessoas que vivem nas prisões	-	-	3	2,6	1	0,4	-	0.060
Não sabe	10	7,1	1	0,9	3	1,2	0.014	0.778
Outros (5)	33	23,4	16	13,9	-	-	0.055	-
A TB tem cura							0.170	0.852
Sim	132	93,6	112	97,4	242	96,8		
Não	7	5,0	1	0,9	4	1,6		
Não sabe	2	1,4	2	1,7	4	1,6		
Como se cura a TB								
Através de tratamento com ervas medicinais	1	0,7	3	2,6	4	1,6	0.223	0.518
Com repouso sem remédios	-	-	1	0,9	4	1,6	-	0.237
Através de orações e benzimentos	9	6,4	4	3,5	3	1,2	0.510	0.142
Através de tratamento no posto de saúde	101	71,6	85	73,9	157	62,8	0.684	0.041
Através de tratamento com supervisão médica	59	41,8	88	76,5	198	79,2	<0.001	0.232
Outros (6)	12	8,5	7	6,1	2	0,8	0.462	0.002
Não sabe	6	4,2	4	3,5	6	2,4	0.750	0.558

(1) Conversas com outros presos e enfermagem, cartazes, campanhas de vacinação, quadro de avisos

(2) Calafrios, diarreia, fraqueza, dor no corpo/nas costas/abdominal, falta de apetite, suadeira, vômitos, gripe, gânglios, impotência, depressão

(3) Compartilhando cigarros, usando drogas, contato com o tuberculoso/saliva/secreções nasais, beijo, alimentos contaminados

(4) Tendo boa higiene, evitando friagem/contato com o doente/alimentos contaminados/aglomerações e locais fechados, não acreditando na doença, tomando vacina, fazendo exames periódicos/atividade física, isolando o doente

(5) Quem se alimenta mal/convive com o tuberculoso/vive em local fechado e úmido, idosos, fumantes e pessoas com baixa resistência

(6) Não tem cura, não tomando friagem, isolamento, ficar em local ventilado

Valor de p (1) Comparação entre detentos e funcionários do presídio

Valor de p (2) Comparação entre funcionários do presídio e rede pública de saúde

Tabela 3. Atitudes e comportamentos entre detentos e funcionários da unidade III CP e rede pública de saúde em relação à tuberculose. Hortolândia, 2010

	Detentos (N=141)		Func.Pres. (N=115)		Rede P.Saúde (N=250)		valorP(1)	valorP(2)
	N	%	N	%	N	%		
Pode pegar tuberculose							0.402	0.031
Sim	7	97,2	4	100,0	232	92,8		
Não	4	2,8	1	0,9	18	7,2		
Sim, pode pegar TB porque:								
Tomo friagem	7	4,9	12	10,4	4	1,6	0.097	<0.001
Convivo com fumantes/ sou fumante	7	4,9	1	0,9	4	1,6	0.130	0.942
Convivo com doentes de TB	42	29,7	38	31,5	32	12,8	0.793	<0.001
Estou exposto/ambiente favorável/ compartilho objetos	44	31,2	22	19,1	80	32,0	0.028	0.011
Todos podem pegar TB	29	20,5	12	10,4	47	18,8	0.028	0.044
Vivo em ambiente insalubre	8	5,6	26	22,5	9	3,6	<0.001	<0.001
Tenho contato com pessoas	-	-	7	6,0	4	1,6	-	0.379
Pega pelo ar/ doença transmissível	5	3,5	6	5,2	9	3,6	0.729	0.660
Não me previno	4	2,8	2	1,7	2	0,8	0.871	0.795
Outros (1)	4	2,8	3	2,6	4	1,6	0.784	0.809
Não sabe	6	4,2	2	1,7	-	-	0.430	-
Não pode pegar TB porque:								
Não toma friagem	2	1,4	-	-	1	0,4	-	-
Tomei vacina	-	-	-	-	2	0,8	-	-
Não sabe	2	1,4	-	-	13	5,2	-	-
Outros (2)	-	-	1	0,9	3	1,2	-	0.332
O que sentiria se tivesse TB								
Medo	11	7,8	30	26,0	81	32,4	<0.001	0.164
Surpresa	16	11,3	29	25,2	53	21,2	<0.001	0.625
Vergonha	-	-	3	2,6	8	3,2	0.054	0.759
Constrangimento	6	4,2	17	14,8	22	8,8	0.003	0.086
Desespero	5	3,5	17	14,8	18	7,2	0.004	0.070
Tristeza	53	37,5	48	41,7	54	21,6	0.499	<0.001
Nenhum sentimento	15	10,6	22	19,1	34	13,6	0.118	0.343
Outros (3)	39	27,7	24	3,6	14	5,6	0.210	<0.001
Não sabe	10	7,1	6	5,2	40	16,0	0.538	0.003
Falaria sobre a doença							0.041	<0.001
Sim	6	96,5	5	100,0	207	82,8		
Não	5	3,5	-	-	43	17,2		
Para quem falaria								
Médico	25	17,7	72	62,6	224	89,6	<0.001	<0.001
Esposa(o)	13	9,2	81	70,4	152	60,8	<0.001	0.075
Pais	10	7,1	85	73,9	140	56,0	<0.001	<0.001
Filhos	6	4,3	78	67,8	132	52,8	<0.001	0.007
Amigo próximo	55	39,0	92	80,0	104	41,6	<0.001	<0.001
Outro membro da família	29	20,5	68	59,1	84	33,6	<0.001	<0.001
Ninguém	-	-	-	-	1	0,4	-	-

Outros (4)	95	67,4	38	33,0	6	2,4	<0.001	<0.001
Não sabe	-	-	3	2,6	5	2,0	-	0.712
O que faria se pensasse que tem sintomas da TB								
Procuraria um posto de saúde	133	94,3	112	97,3	247	98,8	0.293	0.255
Procuraria uma farmácia	1	0,7	1	0,9	-	-	<0.001	-
Procuraria um padre, pastor e benzedeiro	-	-	-	-	2	0,8	-	-
Faria um tratamento próprio	1	0,7	1	0,9	10	4,0	0.884	0.104
Outros (5)	4	2,8	-	-	2	0,8	-	-
Não sabe	2	1,4	2	1,7	1	0,4	0.837	0.188
Em que momento procuraria o posto de saúde							<0.001	<0.001
Quando o tratamento por conta não funcionasse	5	3,5	-	-	3	1,2		
Quando os sintomas durarem mais de 15 dias	10	7,1	33	28,7	147	58,8		
Assim que perceber que os sintomas são da TB	119	84,4	80	69,5	78	31,2		
Não sabe	7	3,5	2	1,7	22	8,8		
Outros (6)	3	2,1	-	-	-	-		
Quanto custa o tratamento da TB							<0.001	<0.001
É de graça	34	24,1	67	58,3	209	83,6		
É razoavelmente caro	4	2,8	12	10,4	3	1,8		
É caro	15	10,6	1	0,9	4	1,6		
É muito caro	4	2,8	4	3,5	3	1,2		
Não sabe	84	59,6	31	27,0	31	12,4		

(1) Nunca tive TB, usei drogas, Sou HIV+, Deus pode querer, tenho asma/baixa resistência/ vírus encubado, compartilho objetos

(2) Previno-me, evito locais fechados, tenho estilo de vida saudável

(3) Compaixão, preocupação

(4) Companheiros de cela, todos, colegas de trabalho, vizinhos

(5) Pararia de fumar, acessaria minha esposa, me preveniria

(6) Esperaria três dias

Valor de p(1) Comparação entre detentos e funcionários do presídio

Valor de p(2) Comparação entre Funcionários do presídio e rede pública de saúde

Tabela4. Atitudes e estigma entre detentos e funcionários do presídio e da rede pública de saúde em relação à tuberculose. Hortolândia, 2010

	Detentos (N=141)		Func.Presídio (N=115)		Rede P.Saúde (N=250)		valor p(1)	valor p(2)
	N	%	N	%	N	%		
Conhece alguém que teve TB							0.017	0.653
Sim	116	82,3	80	69,6	168	67,2		
Não	25	17,7	35	30,4	82	32,8		
Qual sentimento para com os doentes de TB								
Solidário e deseja ajudar	70	49,6	75	65,2	186	74,4	0.524	0.085
Solidário, mas prefere ficar longe	19	13,4	12	10,4	23	9,2	0.459	0.710
Não pega TB e isso é um problema deles	1	0,7	-	-	1	0,4	0.366	0.497
Tem medo da infecção	6	4,9	4	3,5	23	9,2	0.025	0.526
Nenhum sentimento	21	14,8	10	8,7	24	9,6	0.795	0.782
Outros (1)	24	17,0	2	1,7	1	0,4	0.018	0.001
Não sabe	1	0,7	1	1,4	3	1,2	0.884	0.778
Como um doente de TB é considerado pelas outras pessoas							0.087	<0.001
Muitos rejeitam	61	43,2	37	32,1	25	10,0		
Muitos são amigáveis, mas tentam evitá-las	29	20,5	29	25,2	57	22,8		
Muitos ajudam	53	37,5	42	36,5	113	45,2		
Não sabe	2	1,4	7	6,1	55	22,0		
Uma pessoa com HIV também pode ter TB							0.025	0.034
Sim	123	87,2	110	95,7	226	90,4		
Não	4	2,8	3	2,6	3	1,2		
Não sabe	14	9,9	2	1,7	21	8,4		
HIV+ pode ter TB porque								
Baixa imunidade	101	78,7	55	47,8	115	46,0	<0.001	0.745
São mais vulneráveis	5	3,5	32	27,8	5	2,0	<0.001	<0.001
Todos podem ter TB	19	13,5	4	3,5	11	4,4	0.005	0.898
São doenças distintas	6	4,2	4	3,5	3	1,2	0.996	0.287
Doença oportunista/ Está associada	-	-	3	2,6	10	4,0	-	0.717
Transmite-se pelo ar	4	2,8	3	2,6	3	1,2	0.784	0.589
Não sabe	6	4,2	9	7,8	79	31,6	0.226	<0.001
Não pode ter TB porque								
São doenças distintas	-	-	-	-	2	0,8	-	-
Não sabe	14	9,9	5	4,3	22	8,8	0.090	0.131
Outros (2)	4	2,8	-	-	-	-	-	-
Sente-se bem informado sobre a TB							0.004	0.358
Sim	29	20,6	42	36,5	104	41,6		
Não	112	79,4	73	63,5	146	58,4		
Deseja receber mais informações							0.257	0.084

Sim	130	92,1	110	95,6	238	95,2		
Não	11	7,8	5	4,3	12	4,8		
Fontes de informação desejadas								
Internet/ Rádio/ T.V.	10	7,0	112	97,3	183	73,2	<0.001	<0.001
Quadro de avisos	4	2,8	48	41,7	51	20,4	<0.001	<0.001
Jornais e revistas	22	15,6	46	40,0	95	38,0	<0.001	0.715
Quadro de avisos	4	2,8	48	41,7	51	20,4	<0.001	<0.001
Folhetos, cartazes	51	36,2	74	64,3	101	40,4	<0.001	<0.001
Profissionais de saúde	37	26,2	73	63,5	172	68,8	<0.001	0.315
Conversas com a família, amigos, vizinhos e colegas	1	0,7	22	19,1	24	9,6	<0.001	0.010
Espaços religiosos	1	0,7	22	19,1	20	8,0	<0.001	0.001
Escolas	6	4,3	32	27,8	47	18,8	<0.001	0.052
Outros (3)	74	52,4	18	15,7	13	5,2	<0.001	<0.001
Maior preocupação quando pensa em TB								
Morte	18	12,7	4	3,5	3	1,2	0.008	0.287
Infecção	40	28,3	14	12,1	32	12,8	<0.001	0.867
Transmissão	28	19,8	26	22,6	37	14,8	0.591	0.066
Tratamento / Cura	27	19,1	21	18,2	37	14,8	0.856	0.041
Prevenção	8	5,7	3	2,6	6	2,4	0.372	0.807
Adoecimento	9	6,4	7	6,0	-	-	0.922	-
Seqüelas	-	-	4	3,5	1	0,4	-	0.062
Conhecimento / Preconceito		1,4	4	3,5	42	16,8	-	<0.001
Isolamento		1,4	4	3,5	-	-	0.504	-
Diagnóstico	1	0,7	4	3,5	18	7,2	0.255	0.165
Não pensa	9	6,4	3	2,6	16	6,4	0.155	0.120
Não sabe	1	0,7	2	1,7	65	26,0	0.859	<0.001

(1) Compaixão, tristeza, raiva, desprezo e preconceito

(2) Já toma medicamentos

(3) Palestras, apostilas, correspondência, livros, treinamentos, palestras

Valor de p(1) Comparação entre detentos e funcionários do presídio

Valor de p(2) Comparação entre funcionários do presídio e rede pública de saúde

Tabela 5. Conhecimento dos detentos, funcionários do presídio e rede pública de saúde sobre HIV/aids. Hortolândia, 2010

	Detentos		Func.Presídio		Rede P.Saúde		valor p(1)	valor p(2)
	N	%	N	%	N	%		
Fazer sexo com alguém sabidamente HIV+ reduz o risco da transmissão da doença								
							0.081	<0.001
Sim	83	58,9	71	61,7	107	42,8		
Não	58	41,1	44	38,3	143	57,2		
Usar preservativos reduz o risco da transmissão do HIV								
							0.342	0.465
Sim	129	91,5	110	95,6	234	93,6		
Não	12	8,5	5	4,3	16	6,4		
Uma pessoa com boa aparência pode ter HIV								
							0.112	0.218
Sim	129	91,5	112	97,4	233	93,2		
Não	12	8,5	3	2,6	17	6,8		
Uma pessoa pode contrair o HIV/aids através da picada de mosquito								
							0.024	0.035
Sim	22	15,6	10	8,7	8	3,2		
Não	119	84,4	105	91,3	242	96,8		
Uma pessoa pode contrair o HIV/aids compartilhando uma refeição com alguém infectado								
							0.328	0.102
Sim	7	1,4	3	2,6	9	7,2		
Não	133	26,2	112	97,4	241	92,8		

Valor de p(1) Comparação entre detentos e funcionários do presídio

Valor de p(2) Comparação entre funcionários do presídio e rede pública de saúde

CONCLUSÕES

A realidade do cotidiano dos presídios é permeada por imprevistos diários que colocam em risco funcionários, detentos e visitantes gerando uma tensa relação entre as equipes de saúde e agentes de segurança, causando o engessamento das ações num serviço de saúde sucateado, carente de recursos materiais e humanos. Neste contexto o controle da tuberculose e do HIV/aids é uma complexa questão que envolve não somente a busca ativa de pacientes sintomáticos, pesquisa de infectados, diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e cura. Há ainda questões subjetivas e transversais que envolvem o conhecimento dos detentos e funcionários do presídio sobre o manejo clínico e epidemiológico da TB e do HIV/aids que influenciam suas atitudes e práticas em relação a estas doenças.

O efetivo controle da tuberculose e do HIV/aids nas unidades prisionais perpassa também pelas ações de educação em saúde. O desenvolvimento desta pesquisa permitiu concluir que o reduzido material impresso e as palestras pontuais, únicas fontes de informação de acesso permitido aos detentos, são insuficientes para a transmissão do conhecimento sobre a TB e HIV/aids e que a ausência de intervenções de saúde caracteriza o descaso da instituição penitenciária na sua contribuição para o controle da TB.

Neste ambiente violento e hostil das prisões a segurança está acima de todas as necessidades e as dificuldades das equipes de saúde são tantas que as ações de educação em geral, permanecem num plano bem distante da real demanda, favorecendo o desinteresse, a desvalorização e desqualificação destas ações, relegando-as a uma dimensão inferior e desnecessária. Considerando-se as limitações e dificuldades das equipes de saúde, a parceria com os Programas de Tuberculose e DST/aids municipais poderia contribuir para o fortalecimento de ações conjuntas visando as ações de educação em saúde voltadas aos funcionários dos presídios, detentos e suas visitas.

Os resultados deste estudo levaram à conclusão de que o conhecimento dos detentos e funcionários do presídio sobre TB é modesto, envolto por conceitos equivocados relacionados aos sintomas, formas de transmissão e prevenção da doença. Concluiu-se que este conhecimento é permeado por equívocos que exercem influências sobre as práticas e atitudes em relação à doença e alimenta crenças, estimulando o estigma da tuberculose nas prisões. Pôde-se ainda deduzir que se o conhecimento, práticas e atitudes dos detentos e dos funcionários do presídio não forem contextualizados e considerados pelas instituições prisionais no planejamento das ações do Programa de Tuberculose, dificilmente serão obtidas mudanças comportamentais que possam provocar impacto no controle da doença no contexto prisional.

Em relação ao conhecimento sobre HIV/aids, verificou-se na observação dos resultados que entre a população prisional em geral, o conhecimento sobre a

doença é mais amplo, mas é preocupante encontrar entre detentos e funcionários do presídio, indivíduos que não acreditam no uso do preservativo como barreira de proteção contra o HIV e creem na transmissão do vírus através de picada de mosquito, no compartilhamento de uma refeição com alguém infectado ou ainda que uma pessoa de boa aparência não possa ter HIV/aids. Estes dados levaram à conclusão de que há desinformação sobre este tema nas prisões alimentam as crenças em relação ao HIV/aids, em decorrência das falhas existentes na transmissão do conhecimento e da ausência das ações de educação em saúde, e que esforços devem ser direcionados para a desmistificação destes conceitos equivocados.

Na rede pública de saúde eram esperados melhores resultados sobre o conhecimento da TB, considerando os treinamentos realizados pelo Programa de Tuberculose e o amplo acesso destes funcionários às varias fontes de informação, inclusive os manuais de tuberculose disponíveis pela Vigilância Epidemiológica. Entretanto, foram encontrados erros conceituais básicos e inconcebíveis sobre o conhecimento da TB e respostas insatisfatórias em relação às práticas e atitudes, que sustentam as crenças e nutrem o estigma sobre a doença. Estes resultados levaram a crer que existem falhas nos treinamentos e que há barreiras na socialização do conhecimento sobre a tuberculose entre os trabalhadores da rede pública de saúde.

Os treinamentos realizados pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose são direcionados exclusivamente aos médicos e enfermeiros e são

focados na notificação compulsória e no tratamento supervisionado, ficando generalizadas outras questões subjetivas e transversais da doença, caracterizando a ausência de intersectorialidade e multidisciplinaridade nos treinamentos. Estas falhas são reproduzidas nos treinamentos replicados pelos municípios e acrescidas de outras, associadas à descontinuidade das ações de educação em saúde e à gestão dos recursos financeiros disponíveis para estas ações e ainda a ausência dos médicos nos treinamentos, que não são cobrados pelos gestores.

A exclusão de outros profissionais da saúde e de outras áreas que atuam nas unidades de saúde nestes treinamentos representa um obstáculo no acesso ao conhecimento sobre o manejo clínico e epidemiológico da tuberculose. A socialização das informações sobre a TB entre dentistas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e ainda, entre auxiliares, recepcionistas e administrativos poderia colaborar na detecção de sintomáticos respiratórios, na adesão dos doentes ao tratamento e ainda na desmistificação das crenças e do estigma relacionados à doença. Afinal, o controle da TB é um indicador da qualidade da atenção à saúde e também indicativo da justiça social de um país.

A rede pública de saúde apresentou bons resultados sobre o conhecimento do HIV/aids, entretanto a presença de equívocos sobre as formas de transmissão e prevenção da doença entre alguns trabalhadores da saúde foi preocupante. Estes resultados levaram à conclusão de que as campanhas de prevenção do

HIV/aids ainda são insuficientes e não atingem a população geral em sua totalidade e que esforços devem ser direcionados na desmistificação da resistência do preservativo como única forma de proteção contra o HIV/ aids e das suas formas de transmissão.

Sobre a utilização do questionário *KAP*, deduziu-se que o instrumento de pesquisa mostrou ser eficaz na coleta de dados sociodemográficos e do conhecimento geral sobre a TB neste estudo e surpreendentemente, possibilitou a coleta de informações para o conhecimento sobre o acesso e qualidade dos serviços de saúde. Contudo, apresentou problemas na sua tradução para a língua portuguesa, adaptação na linguagem dos grupos estudados e dificuldades em sua utilização. O instrumento permitiu ainda, que os dados sobre atitudes e práticas fossem coletados e mensurados, mas houve certa limitação em relação à interpretação destes resultados, colocando em dúvida sua validação e expondo seus pontos frágeis como instrumento único para a coleta de dados sobre conhecimento, atitudes e práticas nas questões de saúde.

O instrumento demanda a combinação de outros métodos quali e quantitativos que poderiam enriquecer os estudos entre determinados grupos populacionais, contextualizando os resultados na compreensão dos fatores sociais, culturais e econômicos, que influenciam no conhecimento, práticas e atitudes em relação às questões de saúde.

Os problemas encontrados na utilização do roteiro *KAP* trazem à luz da discussão a reavaliação das metodologias e desenhos utilizados em pesquisas. Os resultados de uma pesquisa *KAP* associada a outros métodos, poderiam colaborar de uma forma mais ampla na elaboração das ações de planejamento e avaliação dos programas e no trabalho de *advocacy*, controle e mobilização social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abebe DS, Biffa D, Bjune G, Ameni G, Abebe F. *Assessment of knowledge and practice about tuberculosis among eastern Ethiopian prisoners*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;15:228-33.

Acosta C, Boccia D, Montoya R, Onifade D, Forde CM, Franco J. *Tuberculosis stigmatization is associated with diseases concealment and poor treatment adherence*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Aguilera AEC, Casas GM, Moreno ANC, Pérez LA, Cabrera OSA, Ochoa EG. *Conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a La tuberculosis. 1994-1996*. Rev Cubana Med Trop 2000;52(2):110-4.

Akeke V, Mokgatle M, Oguntibeju O. *Knowledge, Attitudes and Practices that facilitate the transmission of HIV among prison inmates: a review*. KMJ 2007; 39(4):310-318.

Allen NR, Oliver F, Loiselle C, Rocha C, Montoya R, Zevallos K. *Depression and suicidal tendencies in TB patients*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Alvarez-Gordilho GC, Alvarez-Gordilho FJ, Dorantes-Jiménez JE, Halperin-Frish D. *Percepciones y prácticas relacionadas con La tuberculosis y La adherência al tratamiento em Chiapas, México*. Salud Pública Méx 2000;42(6):520-528.

Ananthakrishnan R, Krishnan N. *Involvement of media for advocacy and communication in TB control: a preliminary report from South I*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Andrade MKN, Coutinho RCGA, Bastos LGV. *The impact of HIV coinfection on MDR-TB treatment effectiveness in Brazil*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Antunes JLF, Waldman EA, Moraes M. *A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade*. Cienc Saude Col 2000;5:367-379.

Araújo CEM, *Cárceres Imperiais: A Casa de Correção do Rio de Janeiro. Seus detentos e o sistema prisional no Império, 1830-1861*. [Tese Doutorado] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas;2009.

Ascuntar JM, Gaviria MB, Uribe L, Ochoa J. *Fear, infection and compassion: social representations of tuberculosis in Medellin, Colombia, 2007*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(10):1323-1329.

Ayaya SO, Sitienei J, Odero W, Rotich J. *Knowledge, attitudes, and practices of private medical practitioners on tuberculosis among HIV/AIDS patients in Eldoret, Kenya*. East Afr Med J 2003;80(2):83-90.

Ayres J, França I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro, Relume Dusmará; 1999. Pág.50-71.

Awofeso, N. *Prisons as social determinants of Hepatitis C vírus and tuberculosis infections*. Public Health Rep 2010;125(4):25-33.

Babudieri S, Starnini G, Brunetti B, Carbonara S, D'Offizi, Monarca R, et al. *HIV e infezioni correlate negli Istituti Penitenziari Italiani: note di epidemiologia e di organizzazione sanitaria*. Ann Inst Sanità 2003;39(2):251-257.

Balshem M. *The diagnosis and management of fever at household level in the Greater Accra Region, Ghana*. Acta Tropica 1993;58:317-330.

Baral CS, Karki KD e Newell JN. *Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study*. BMC Public Health 2007;7:211.

Barreira D & Granjeiro A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. Rev Saúde Pública 2007;41(1):4-8.

Bastian I, Borgdorff M, Demeulenaere T, Diez M, Goos C, de Haller R et al. *Guidelines for the control of tuberculosis in prisons*. Geneva: World Health Organization 2000. (WHO/CDS/TB/2000.281).

Bellin EY, Fletcher DD, Safyer SM. *Association of tuberculosis infection with increased time in or admission to the New York City jail system*. JAMA 1993; 269:228-231.

Benatar SR, Upshur R. *Tuberculosis and poverty: what could (and should) be done?* Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(10):1215-1221.

Berquó E. Sobre o sistema internacional de pesquisas em demografia e saúde reprodutiva. Rev. bras. epidemiol. 2008;11(1):72-89.

Bett OL. *Tuberculosis in Prisons*. Chest 1945;11:313-339.

Bertolli CF. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2001. 248p.

Bick JA, *Infection Control Jail and Prisons*. Clin. Infect. Dis 2007;45:1047–1055.

Birunji J, Luzze C, Bakanda C. *Community involvement is key in tuberculosis and HIV/AIDS care, treatment and adherence – TASO Jinja*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Boaretto MC, Guimarães MTC, Natal S, Castelo Branco AC, Mondarto P, Fernandes MJ et al. *The knowledge of the Brazilian population on tuberculosis*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Bollini P, Laporte JD, Harding TW. *HIV prevention in prisons*. Eur J Public Health 2002;12:83-89.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. DEVEP/SVS/MS. Programa Nacional de controle da Tuberculose. A situação da Tuberculose no Brasil, 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids, 2010 b. Disponível em: www.aids.gov.br (Acessado em 22/09/2010)

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes. 2010c. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_versao_28_de_agosto_v_5.pdf. (Acessado em 18/09/2010).

Brasil. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Consulta pública, 2010 d. Disponível em

http://200.214.130.94/consultapublica/index.php?modulo=display&filtro=&sub=dsp_texto_comentado&area=1&documento=2128. (Acessado em 04/11/2009).

Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Nacional de Informação Penitenciária (InfoPen): Dados consolidados, 2010e.

Brasil. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. CPI sistema carcerário. – Brasília: Câmara dos Deputados. Edições Câmara, 2009a.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Notas sobre os indicadores, 2009 b.

Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf (Acessado em 09/09/2009).

Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria da administração penitenciária do estado de São Paulo, 2009 c. Disponível em:

<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ2ECEEE6CITEMIDBC9D2506D3E948DD98E365AE1D9FB0F4PTBRNN.htm> (Acessado em 24/10/2009).

Brasil. Ministério do Planejamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Análise do custo e consequências da violência no Brasil. [Texto para discussão no. 1284], 2007. Disponível em <http://www.catedra.ucb.br/sites/100/122/00000561.pdf> (Acessado em 13/07/2009).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, 2004. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf (Acessado em 23/02/2009).

Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose - Guia de vigilância epidemiológica, 2002.

Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_tuberculose.pdf

(Acessado em 22/05/2009).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação dos Institutos de pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Tuberculose e outras Pneumopatias. Recomendações para o controle de Tuberculose nas prisões. São Paulo, SP; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de saúde, 1998. Disponível em

www.saude.gov.br (Acessado em 22/11/2009).

Brewer TF, Vlahor D, Taylor E, Hall D, Munoz A, Polk BF. *Transmission of HIV-1 within a state-wide prison system*. AIDS 1988;2:363-367

Buratto ALO. Projetos de mobilização e capacitação em controle social. IX

Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la

Administración Pública, Madrid, España, 2 - 5 Nov. 2004. Disponível em:

<http://www.iiij.derecho.ucr.ac.cr/archivos/documentacion/inv%20otras%20entidades/CLAD/CLAD%20IX/documentos/buratto.pdf> (Acessado em 21/11/2009)

Campos SH. Mycobacterium tuberculosis resistentes: de onde vem a Resistência?

Bol. de Pneumol. Sanit 1999;7(1):51-7.

Carbonara S, Badudieri S, Longo B, Starnini G, Monarca R, Brunetti B, Andreoni

M, Pastore G, De marco V, Rezza G, GLIP (Grupo di Lavoro Infettivologi

Penitenciari) *Correlates of Mycobacterium tuberculosis infection in a prison population.* Eur Respir J 2005;25:1070-1076.

Caron-Ruffino M & Ruffino-Netto A. Associação entre alcoolismo e tuberculose pulmonar. Rev. Saúde pública 1979;13:183-94.

Carvalho ML, Veiga L, Biondi E, Fialho JL, Hanan JL, Leandro EA, et al. *Prevalence of HIV-infection in prison system of Rio de Janeiro, Brazil.* Int Conf Aids 1998;12:454-5.

Castelo Filho A, Kritski AL, Barreto AW, Lemos ACM, Ruffino AN, Guimarães AC. *II Consenso Brasileiro de Tuberculose: diretrizes brasileiras para tuberculose.* J Bras Pneumol 2004;30(1):57-86.

Chalhoub S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial.* São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 223p.

Christie N. *A indústria do controle do crime: a caminho dos GULAGS em estilo ocidental.* Rio de Janeiro: Editora Forense 1998.

Claassens M, Lawrence K, Enarson D, Beyers N. *Tuberculosis infection control risk assessment score to predict TB in healthcare workers.* Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Cochrane CA, Konstantinos A, Robertus LM. *Is there a need for tuberculosis screening for health care workers in a low prevalence country?* Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Coninx R, Eshaya-Chauvin B, Reyes H. *Tuberculosis in prisons.* Lancet ,1995; 346:1238-1239.

Coninx R, Maher D, Reyes H Grzemska M. *Tuberculosis Prisons Countries with high prevalence.* BMJ 2000;320-440.

Courtwright A & Turner NA. *Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and interventions.* Public Health Rep 2010;125(4):34-42.

Dalcolmo MP, Andrade MKN, Picon DP. *Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle.* Rev Saúde Pública 2007;41(1):34-42.

Dara M, Grzemska M, Kimerling ME, Reyes H, Zagorskiy A. *Tuberculosis Coalition for technical assistance and International Committee of the red cross. Guidelines for control of tuberculosis in prisons.* USAID, TBCTA 2009.

Diuana V; Lhullier D; Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, et al, 2008. *Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil.* Cad. Saúde Pública 2008;24(8):1887-1896.

Drobniewsky F 1995. *Tuberculosis in prison – forgotten plague.* Lancet 1995;(7):346:948-9.

Dubos R & Dubos J. *The white plague: tuberculosis, man and society*. 2a.ed. News Brunswick: Rutgers University Press; 1992.

Epi-info 6.04b. *CDC Atlanta EUA* 2006. Disponível em <http://www.cdc.gov/>(Acessado em 13 de agosto de 2009).

Farmer PE. *Social scientists and new tuberculosis. Social Science and Medicine*. 1997;44(3):347-358.

Figueiredo RM, Caliari JS. Tuberculose Nosocomial e risco ocupacional: o conhecimento produzido no Brazil. *Rev. Ciênc. Méd* 2006;15(4):333-338.

Franco C e Zanetta DMT. Tuberculose em profissionais da saúde: medidas institucionais de prevenção e controle. *Arq Ciênc Saúde* 2004;11(4):244-52.

Fry RS, Khoshnood K, Vdovichenko E, Granskaya J, Sazhin V, Shpakovskaya L et al. *Barriers to completions of Tuberculosis treatment among prisoners and former prisoners in St. Petersburg, Russia*. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005;9(9):1027-1033.

Garcia GF, Corrêa PCRP, Melo MGT, Souza MB. Prevalência da infecção pelo HIV em pacientes internados por tuberculose. *J Pneumol* 2000; 26(4):189-93.

Gir E, Moriya TM, Hayashida M, Duarte G, Machado AA. Medidas preventivas contra a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 1999;7(1):11-17.

Goffman E. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2ª.ed
Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.

Gonçalves H. A tuberculose ao longo dos tempos. Hist cienc saúde- Manguinhos
2000;7(2):303-325.

Gonçalves MLC. Transmissão nosocomial da tuberculose: diminuindo o risco.
Bol.Pneumol.Sanit 2001;9(2).

Gordillo GCA, Gordillo JFA, Jimenez JED. *Estrategia educativa para incrementar el cumplimiento del régimen antituberculoso en Chiapas, México.*_Rev Panam Salud Publica 2003;14(6):402-408.

Guidelines on construction of core indicators. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS., 2008. UNAIDS. Disponível em: http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1126-constrcoreindic-ungass_en.pdf (Acessado em 22/03/2010).

Guimarães JMX, Vasconcelos EF, Cunha RS da, Melo DR, Pinto FL. Estudo Epidemiológico de violência por arma branca de Porto Grande, Amapá. Ciênc Saúde Colet 2005;10(2):441-451.

Habeenzu C, Miltarai S, Lubasi D, Mudenda V, Kantenga V, Kantenga T, et al , *Tuberculosis and multidrug resistance in Zambian prisons.* Int J Tuberc Lung Dis 2007;11(11):1216-1220.

Hashin DS, Al Kubaisy W, Al Dulayme A. *Knowledge, Attitudes and Practices survey among care workers and tuberculosis patients in Iraq*. East Mediterr Health J 2004;10(4-5):493.

Hatherall B, Newell J, Emmel N. *Stigma and TB: comparative qualitative research across three countries*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Hausmann-Muela S, Mela RJ, Nyamongo I. *Health-seeking behavior and the health system's response*. DCPD Working Paper 2003(14). Disponível em: <http://www.dcp2.org/main/Home.html> (Acessado em 4/08/2009).

Heyes H Coninx R. *Pitfalls of Tuberculosis programmes in prison*. BMJ1997; 315:1447-1450.

Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procópio MJ. *Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil*. Rev. Saúde Pública 2007;41(1):50-8.

Hino P, Pereira CS, Nunes BP, Machado NC, Rodrigues KMR, Santos GP. *Tuberculosis al sur del Brasil: características de enfermos que procuraron servicio de salud, 2009*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Hoz FK de la, Iñigo J, Martins-F IJ, Arce A, Sanz-A M, Pintado-G P, Palenque E, Chaves F. *The influence of HIV infection and imprisonment on dissemination of Mycobacterium Tuberculosis in large Spanish City*. Int J Tuberc Lung Dis 2001;5(8):696-702.

Human Rights Watch. Behind bars in Brazil. Disponível em www.hrw.org/en/news/1998/11/30/behind-bars-brazil, (Acessado em 24/08/2008).

Hussain H, Akthar S e Nanan D. *Prevalence of and risk factors associated with Mycobacterium tuberculosis infection in prisoners, North West Frontier Province Pakistan.* Int J Epidemiol 2003;32:794-799.

International Union Against tuberculosis and Lung Disease. Management of Tuberculosis. A Guide For Low Income Countries. 5th edition IUATLD 2000.

Khan JA, Irfan M, Zaki A, Beg M, Fayyaz S, Hammett TM. *1990 Update: AIDS in correctional facilities. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 1991.*

Rizvi HN. *Knowledge, Attitudes and Misconceptions regarding Tuberculosis in Pakistani Patients.* J Pak Med Assoc 2006;56:211–214.

Jittimanee XS, Nateniyon S, Kittikraisak W, Burapat C, Akksilp S, Chumpathat N et AL. *Social Stigma and Knowledge of Tuberculosis and HIV among patients with Both Diseases in Thailand.* PLoS One 2009;23:4(7).

Kasse Y, Jasseh M, Corrah T, Donkor AS, Antonnio M, Jallow A, et al. *Health seeking behavior, health system experience and tuberculosis case finding in Gambians with cough.* BMC Public Health 2006;6:143.

Karki DK, Mirzoev TN, Green AT, Newell JN, Baral SC. *Costs of a successful public-private partnership for TB control in an urban setting in Nepal*. BMC Public Health 2007;7:84.

Khortwong P, Kaerwkungwal J, Kasetjaroen Y, Wiriyakitjar D, Singhasivanon P, Chitwarakorn A. *Community empowerment: health education and intervention for migrant TB patients*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Khuwaja AK, Mobeen N. *Knowledge about tuberculosis among patients attending family practice clinics in Karachi*. LJHMHS 2005;44-47.

Koerner A. *Punição, disciplina e pensamento penal no Brasil do século XIX*. Lua Nova 2006;68:205-242.

Koffi N, Ngom K, Danguy AE, Séka A, Akoto A, Fadiga D. *Smear positive pulmonary tuberculosis in prison setting: experience in the penal camp of Bouaké, Ivory Coast*. Int J Tuberc Lung Dis 1997;1(3):250-253.

Krieger N, Waterman P, Chen JT, Soobader M-J, Subramanian SV. *Monitoring socioeconomic inequalities in sexually transmitted infections, tuberculosis and violence: geocoding and choice of area-based socioeconomic measures – The public Health disparities geocoding project (US)*. Public Health Rep 2003;118: 240-258.

Kuznetzova AS, Belyakova NV, Frolova OP, Novoselova OA, Volik MV. *Identifying settings for TB prevention education in HIV patients in the Oryol Region, Russia.*

Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Launiala A. *How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi.* Anthropology Matters 2009;11(1):1-13.

Launiala A e Honkasalo ML. *Ethnographic study of factors influencing compliance to intermittent preventive treatment of malaria during pregnancy among Yao women in rural Malawi.* Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2007;101(10):980-989.

Launiala A, Kulmala T. *The importance of understanding the local context: Women's perceptions and knowledge concerning malaria in pregnancy in rural Malawi.* Acta Tropica 2006;98:111-117.

Leite, S. *Cartas dos primeiros jesuítas do Brasil*, São Paulo: Comissão do IV Centenário, 1957.

Lengruber J, Paiva A. *A dona das chaves.* – Rio de Janeiro: Record, 2010.

Lhuillier D, Lemiszkeska A. *Le choc carcéral.* Paris : Bayard; 2001.

Lhuillier D. *Santé, soins et emprise carcérale.* In: Chauvin P, Parizot E, editors. *Santé et expériences de soins.* Paris: Inserm-Vuibert; 2005.

Lima, WS. Quatrocentos contra um: uma história do comando Vermelho. 2ª. ed. São Paulo: Labortexto Editorial 2001.

Maciel LNM, Araujo WK, Giacomini SS, Jesus FA, Rodrigues PM, Dietze R. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES) : um estudo de corte transversal. *Ciênc saúde coletiva* 2009;14(1):1395-1402.

Maciel NLE, Vieira ACR da, Milani CE, Brasil M, Fregona G, Dietze R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cad Saude Publica* 2008;24(6):1377-86.

Maciel NLE, Seixas C, Moraes EP, Fregona G, Dietze R. O conhecimento de pacientes com tuberculose acerca de sua doença: um estudo de caso-controle. *Cad Saúde Colet* 2005;13(3):593-604.

Mahapatra S, Gantayat S, Panda P, Porichha D. *Effective communication programmes control tuberculosis*. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010;14(11):S1-S387.

Maher D, Chris Dye, Katherine Floyd, Andrea Pantoja, Knut Lonnroth, Alasdair Reid, et al. *Planning to improve global health: the next decade of tuberculosis control*. *Bull World Health Organ*. 2007;85(5):341-7.

Maher D, Grzenska M, Coninx R, Reyes H, Crofton R, Sommaturga C. *Guidelines for the control of tuberculosis in prisons*. Geneva: World Health Organization: 1998.

Maia CN, Sá Neto F, Costa M, Bretas ML. História das Prisões no Brasil. Editora Rocco: Rio de Janeiro, 2009 vol. I;314p.

Maia CN, Sá Netto F de, Costa M, Bretas ML. História das prisões no Brasil Editora Rocco : Rio de Janeiro, 2009 vol. II;317p.

Manalo MFC, Pineda Jr AV, Montoya JC. *Knowledge, Attitudes and Practices for tuberculosis among filipino family physicians: a analysis by practice setting and location*. Philipp J Microbiol Infect Dis 1998;27(1):6-12.

Manderson L & Aaby P. *An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research*. Social Science & Medicine 1992;35(7):839-50.

Marinac JS, Willsie SK, McBride D, Hamburger SC. *Knowledge of tuberculosis in high-risk populations: survey of inner city minorities*. Int J Tuberc Lung Dis 1998;2(10):804-810.

Marks SM, N DeLuca, Walton W. *Knowledge, attitudes and risk perceptions about tuberculosis: US National Health Interview Survey*. Int J Tuberc Lung Dis 2008;12(11):1261-1267.

Martin V, Guerra M, Cayla JA, Rodriguez JC, Blanco MD, Alcoba M. *Incidence of Tuberculosis and importance of treatment of latent tuberculosis infection in a Spanish prison population*. Int J Tuberc Lung Dis 2001;5(10):926-932.

Marziale MHP e Rodrigues CM. A produção científica sobre acidentes de trabalho com material pérfuro cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2002;10(4):575-577.

Mascarenhas RS. História da Saúde Pública no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 1973;7:433-46.

Mason D, Birmingham L, Grubin D. *Substance use in remand prisoners: a consecutive case study*. *Brit Med J* 1997;315:18-21.

Menezes RPO. Projeto de implantação do controle da tuberculose nas instituições penais do município de Salvador/BA. *Bol.Pneumol. Sanit* 2002;10(2):35-40.

Mfinanga SG, Morkve O, Kaswala RR, Cleaveland S, Sharp JM, Shirima G, Nilsen R. *The role of livestock keeping in tuberculosis trends in Arusha, Tanzania*. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003;7(7):695-704.

Migliori G B, Cirillo D M, Spanavanelo A, Codecasa I R, Stop TB Italia Group. *Ripped from the headlines': how can we harness communication to control TB*. *Eur Respir J* 2007;30:194-198.

Mohamed A I, Yousif MA, Ottoa P, Bayoumi A. *Knowledge of Tuberculosis: A survey among tuberculosis patients in Omdurman, Sudan*. *Sudanese J Public Health* 2007;2(1)1-77.

Moreira ACE. *Cárceres imperiais: a Casa de Correção do Rio de Janeiro. Seus detentos e o sistema prisional do Império, 1830-1861* [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Mutter RC, Grimes RM, Labarthe D. *Evidence of intraprison spread of HIV infection*. Arch Intern Med 1994;154:793-795.

Nakhaee FH. *Prisoners' knowledge of HIV/AIDS and its prevention in Kerman, Islamic Republic of Iran*. East Mediterr Health J 2002;8(6):725-31.

Nascimento DR. *As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005;117-118.

Naughton MP, Posey DL, Willacy EA, Comans TW. *Tuberculosis training on physicians who perform immigration medical examination*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387

NEPAL. *Knowledge, Attitude and Practices Study on Tuberculosis among Community People*. Government of Nepal Ministry of Health and Population National Tuberculosis Centre. 2009. Disponível em: <http://nepalntp.gov.np/uploads/manual-modules/Research/KAP%20on%20TB-HIV.pdf> (Acessado em 14/10/2009).

Ngamtrairai N, Jittimanee S, Chayatab B. *Successful integration of tuberculosis and HIV care in prisons, Thailand*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Noeske J, Ndi N, Mbondi Mfondih S. *Controlling TB in prisons against imprisonment conditions – a lost case? An experience from Cameroon*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Nogueira AP e Abrahão RMCM. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2009;12(1):30-8.

Nyamathi A, Sanders H, Aragón-P A, Berg J, Leake B. *Tuberculosis Knowledge, perceived risk and risk behaviors among homeless adults: effects of ethnicity and injection drug use*. J Community Health 2004;29(6).

Oguntibeju OO, D Veldman, F Van Schalkwyk. *Nutritional status of people living with HIV/AIDS: The situation in Africa: Mini-Review*. J Biomed & Lab Sci 2003; 15:63-67.

Oliveira HB, Cardoso JC. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica 2004;15(3):194-9.

ONUSIDA. As prisões e HIV/SIDA. Atualização técnica. Coleção boas práticas. UNAIDS, 2001. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/doc/11_AsPrisoeseoSIDA.pdf. (Acessado em 10/09/2009).

Orlandi R & Filgueiras MJT. Sobre o processo de constituição do sujeito face à paternidade na adolescência. Psicol. rev 2005;11(18).

Ottomani S, Obermeyer Z, Bencheikh N, Mahjour J. *Knowledge, attitudes and beliefs about tuberculosis in urban Morocco*. East Mediterr Health J 2008;14:298–304.

Owuor KV, Muttai H, Adamu-Zeh M, Vant Hoog A, Gondi J, Nyabiage L. *TB disease receiving HIV care and treatment patients receiving HIV care and treatment in a high TB prevalence setting*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Pedroso CP. Utopias penitenciárias. Projetos jurídicos e realidade carcerária no Brasil. Jus Navigandi. 2008;8:333. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5300> (Acessado em 21/10/2010)

Pedroso CP. Os signos da opressão: historia e violência nas prisões brasileiras. São Paulo: Arquivo do Estado, Imprensa Oficial do Estado, 2002.

Pelto JP & Pelto GH. *Studying knowledge, culture, and behavior in applied medical anthropology*. Medical Anthropology Quarterly 1997;11(2):147-163.

Peltzer K, Mngquandanison N, Petros G. *HIV/AIDS/STI/TB knowledge, beliefs and practices of traditional healers in KwaZulu-Natal, South Africa*. AIDS Care 2006;18(6):608-613.

Pettu RE, Cacioppo JP. *Attitudes and persuasion-classic and contemporary approaches*. Dubuque, IA: WC Brown Co Publishers 1981.

Pôrto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. Rev Saúde Pública 2007;41(1):43-49.

Pôrto A. A vida inteira que podia ter sido e não foi: trajetória de um poeta tísico [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1997.

Pôrto A & Nascimento DR. Tuberculose e seus itinerários. Hist Cienc Saúde-Manguinhos 1995;1(2):129-41.

Rao N, Arain I. *Knowledge regarding tuberculosis among TN course participants in Karachi*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Rodrigues L, Barreto M, Kramer M, Barata RCB. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. Rev Saúde Pública 2007;41(1):1-2.

Rosemberg J. Tuberculose – Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. Bol. Pneumol. Sanit 1999;7(2):5-29.

Roy A, Abubakar I, Yates S, Chapman A, Lipman M, Monk P et al. *Evolution Knowledge gain from TB leaflets for prison and homeless sector staff: the National Knowledge Service TB pilot*. Eur J Public Health 2008:1-4.

Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Rev Soc Bras Med Trop 2002;35(1):51-58.

Ruffino-Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. Informe Epidemiológico do SUS 2001;10:129-138.

Ruffino-Netto A & Souza AMAF. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. Informe epidemiológico do SUS 1999;8(4):35-51.

Rosemberg J. Tuberculose – Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. Bol Pneumol Sanit 1999;7(2):5-29.

Sanchez A, Massari V, Gerhardt G, Cesconi V, Espinola A. *Tuberculosis control in highly endemic prisons: impact of X-ray at entry and mass screening*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387

Sanchez A, Diuana V, Romano E, Pires J, Espinola AB, Paraguassu G. *Tuberculosis control in prisons: impact of intensive education and screening at entry*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Sánchez AIM e Bertolozzi MR. Conhecimento sobre tuberculose por estudantes universitários. Bol Pneumol Sanit 2004;12(1):17-24.

Sánchez AR, Massari V, Gerhardt G, Barreto AW, Cesconi V, Pires J et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. Cad Saúde Pública 2007;23(3):545-552.

Santos J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. Rev Saúde Pública 2007;41(1):89-94.

Santos Filho ET, Gomes ZM. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. Rev Saúde Pública 2007;41(1):111-116.

Saraceni V, Nicolai CCA, Caridade MC, Cavalcante SC, Durovni B, Chaisson RE. *Tuberculosis and multiple causes of death in Rio de Janeiro, Brazil: underestimation of TB burden.* Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Savicevic AJ, Popovic-Grle S, Milovac S, Ivcevic I, Vukasovic M, Viali V et al. *Tuberculosis knowledge among patients in out-patient settings in split, Croatia.* Int J Tuberc Lung Dis 2008;12(7):780-785.

Schulte JM, Nolt BJ, Williams RL, Spinks CL, Hellsten JJ. *Violence and threats of violence experienced by public health field-workers.* JAMA 1998;280(5):439-42

Sichalwe P, Simwinga M, Muyoyeta M, Schaap A. *Social mobilization: a means to increase TB case finding.* Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Silva AAS. A violência no cotidiano da cidade de Macapá (1991–1996). [Monografia Curso de Graduação em História.] Macapá-AP, Universidade Federal do Amapá, 1997.

Singla N, Sharma PP, Singla R, Jain RC. *Survey of knowledge, attitudes and practices for tuberculosis among general practioners in Delhi, India*. Int J Tuberc Lung Dis 1998;(5):384-389.

Souza NJ de, Bertolozzi MR. A vulnerabilidade à tuberculose em trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev Latino-Am. Enfermagem 2007;15(2).

Sridhar M e Plummer-R R *The prevention of tuberculosis in prison staff*. J Occup Med 2000;50(8):614-615.

Steffen R, Cyriaco CSS, Rossoni A, Alcântara BM, Sá AMM, Cardoso N et al. *Patient and health system delay for tuberculosis diagnosis in Brazil*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387.

Stone L & Campbell JG. *The use and misuse of surveys in international development: an experiment from Nepal*. Antropology Matters 2009;1(1):27-34.

Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB. Prevenção do HIV/AIDS em uma penitenciária-modelo feminina de São Paulo-SP, Brasil. J Bras Doenças Sex Transm 2006;18(4):235-240.

Tariq M. KAP – *Survey of Knowledge, Attitudes and Practices Enhanced Response to TB ACSM*. 2008, National TB Control Programme (NTP), Ministry of Health. Cairo, Egypt.

Thakisi MY. *Knowledge, attitudes and risky behavior for contracting HIV/AIDS among adolescents in schools in Lesotho*. Analytical Report 2001.

Tsereteli Z. *Challenges in integrated HIV-TB prevention and care in prisons in Eastern Europe*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):S1-S387

Trindade CM. *A Casa de prisão com trabalho da Bahia [Tese de Mestrado]*. Salvador (BA), Universidade Federal da Bahia, 2007.

UNAIDS. *Annual Reports 1998*.

UNICEF. *Advocacy: People's Power and Participation Guide*. Disponível em:
<http://www.advocate-for-children.org/advocacy/start> (Acessado em 21/11/2009)

UNICEF. *Report on baseline findings. 2007*. Disponível em:
http://www.unicef.org/bangladesh/KAP_Report-sep22.pdf (Acessado em 27/10/2009).

Van't Hoog AH, Laserson KF, Githui WA, Meme HK, et al. *High Prevalence of Pulmonary Tuberculosis and Inadequate Case Finding in Rural Western Kenya*. Am J Respir Crit Care Med 2010; Jan 14.

Waisbord S. *Participatory communication for tuberculosis control in prisons in Bolivia, Ecuador, and Paraguay*. Rev Panam Salud Publica 2010;27(3):168-174.

Wang J, Fei Y, Shen B, Xu B. *Gender difference in knowledge of tuberculosis and associated health-care seeking behaviors: a cross-sectional study in a rural area of China*. BMC Public Health 2008;8(1):354.

Woith WM, Volchenkov G, Larson JL. *Russian health care workers' knowledge of tuberculosis and infection control*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(11):1489-1492.

Woods LG. *Tuberculosis Knowledge and beliefs among prison inmates and lay employees*. J Correct Health Care 1997;4(1):61-71.

World Health Organization. *Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing communicable diseases*. 2005. Disponível em:

http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/pdf/fullreport.pdf (Acessado em 14/11/2009).

World Health Organization, 2006. *Advocacy, communication and social mobilization for TB Control. A Guide to developing knowledge, attitude and practice surveys*. WHO Stop TB partnership. 2006.

World Health Organization. *Regional office for Europe. Status paper on prison and tuberculosis*. 2007.

World Health Organization Europe. *HIV/Aids, sexually transmitted diseases and tuberculosis in prisons*. 1997. Disponível em:

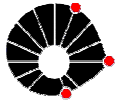
http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_TB_98.250.pdf (Acessado em 5/04/2009).

World Health Organization. Tuberculosis Control in prisons. A manual for programme managers. 2000.

World Health Organization. Tuberculosis Control in prisons. A manual for programme managers. 2001.

World Health Organization. Guidelines on construction of core indicators. Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS, 2008. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/manual/2007/20070411_ungass_core_indicators_manual_en.pdf (Acessado em 12/01/2009).

ANEXO I



UNICAMP UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP



Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Área de concentração: Epidemiologia

Aluno: Sérgio Ferreira Júnior

Orientadora: Profa. Dra. Helenice Bosco de Oliveira

QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA:

O CONHECIMENTO, PRÁTICAS E ATITUDES DOS DETENTOS,
FUNCIONARIOS DA UNIDADE PRISIONAL III DO COMPLEXO PENITENCIÁRIO
E DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE HORTOLÂNDIA – SP

CAMPINAS

2010

QUESTIONÁRIO No. _____

Data: ____/____/____.

I – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. **Idade:** _____ anos. Data de nascimento: ____/____/____.

2. **Cor:**

2.1 Branco

2.2 Não branco

3. **Sexo:**

3.1 Masculino

3.2 Feminino

4. **Anos formais de estudo:** _____ anos. Nível Escolar _____

5. **Situação Prisional ou Funcional:**

5.1 Detento

5.2 Funcionário Sistema Prisional

5.3 Funcionário Rede Básica de Saúde de Hortolândia

(* Se for Funcionário responda as questões 6 e 7. Se for detento pule para a questão 8).

6. **Há quanto tempo trabalha no sistema prisional/ serviço de saúde?**

_____ anos _____ meses. Data de Admissão: ____/____/____

7. **Qual sua área de atuação?** _____

8. **Se for detento, quanto tempo tem sua última prisão?**

_____ anos _____ meses Data da última prisão: ____/____/____

9. **Você tem tosse com catarro?**

9.1 Sim Há quanto tempo? _____

9.2 Não

10. **Já tratou ou está em tratamento da TB?**

10.1 Sim, já tratou

10.2 Sim, está em tratamento

10.3 Não

II- CONHECIMENTO DA TUBERCULOSE

11. Você já recebeu alguma orientação sobre TB nesta unidade?

(*Se a resposta for não pule para a questão 11)

11.1 Sim

11.2 Não

12. Se sim, recebeu, foi através de:

12.1 Folhetos

12.2 T.V.

12.3 Internet

12.4 Rádio

12.4 Treinamento

12.5 Palestras

12.6 Outros. Quais? _____

13. Em sua opinião, a TB é uma doença:

13.1 Muito grave

13.2 Grave

13.3 Não grave

13.4 Não sabe

14. Quais os sinais e os sintomas da TB que você conhece?

14.1 Tosse seca

14.2 Tosse há mais de duas semanas

14.3 Tosse com catarro

14.4 Tosse com sangue

14.5 Febre

14.6 Febre sem causa há mais de sete dias

14.7 Dor de cabeça

14.8 Cansaço

14.9 Náusea

14.10 Dor no peito

- 14.11 Perda de peso
14.12 Falta de ar
14.12 Não sabe
14.13 Outros. Quais? _____

15. Como se pega Tuberculose?

- 15.1 Através de aperto de mão
15.2 Através do ar, quando uma pessoa com TB tosse ou espirra
15.3 Compartilhando pratos e talheres
15.4 Comendo no prato a mesma refeição
15.5 Tocando em maçanetas, corrimãos e apoios de ônibus
15.6 Não sabe
15.7 Outros. Quais? _____

16. Como uma pessoa pode prevenir a TB?

- 16.1 Evitar cumprimentar outras pessoas com as mãos
16.2 Cobrir a boca e o nariz quando espirrar ou tossir
16.3 Evitar compartilhar pratos e talheres
16.4 Lavar as mãos após tocar em maçanetas, corrimãos e apoios de ônibus
16.5 Fechar as janelas
16.6 Alimentar-se bem
16.7 Rezar, orar e benzer-se
16.8 Não sabe
16.9 Outros. Quais? _____

17. Em sua opinião, quem pode pegar com TB?

- 17.1 Qualquer pessoa
17.2 Apenas pessoas pobres
17.3 Apenas moradores de rua
17.4 Apenas alcoólatras
17.5 Apenas usuários de drogas
17.6 Apenas pessoas vivendo com HIV/AIDS
17.7 Apenas pessoas que vivem nas prisões
17.8 Não sabe
17.9 Outros. Quais? _____

18. A tuberculose tem cura?

- 18.1 Sim
18.2 Não
18.3 Não sabe

19. Como uma pessoa com TB pode ser curada?

- 19.1 Através de tratamento com ervas medicinais
19.2 Com repouso, sem remédios

- 19.3 Através de orações, benzimentos
19.4 Através de tratamento no posto de saúde
19.5 Através de medicação com supervisão médica
19.6 Não sabe
19.7 Outros. Quais? _____

III-ATITUDES E COMPORTAMENTO SOBRE A TB:

20. Você pode pegar TB?

- 20.1 Sim 20.1.a Por quê? _____
20.2 Não 20.2.a Por quê? _____
20.3 Não sabe

21. O que você sentiria se soubesse que tem TB?

- 21.1 Medo
21.2 Surpresa
21.3 Vergonha
21.4 Constrangimento
21.5 Desespero
21.6 Tristeza
21.7 Nenhuma
21.8 Não sabe
21.9 Outros. Quais? _____

22. Você falaria sobre a sua doença, se tivesse TB?

- 22.1 Sim
22.2 Não
22.3 Não sabe

23. Para quem você falaria se tivesse TB?

- 23.1 Médico ou outro profissional da saúde
23.2 Esposo (a)
23.3 Pais
23.4 Filhos

- 23.5 Amigo próximo
- 23.6 Outro membro da família
- 23.7 Ninguém
- 23.8 Não sabe
- 23.9 Outros. Quais? _____

24. O que você faria se pensasse que está com os sinais e sintomas da TB?

- 24.1 Procuraria o posto de saúde/ ambulatório
- 24.2 Procuraria o padre, pastor, benzedeiro (a)
- 24.3 Procuraria a farmácia
- 24.4 Faria um tratamento próprio
- 24.5 Tomaria remédios de outra pessoa
- 24.6 Não sabe
- 24.7 Outros. Quais? _____

25. Se você tivesse os sinais e sintomas da TB, em que ponto você procuraria um serviço de saúde?

- 25.1 Quando meu tratamento por conta não funcionasse (vá para a [questão 27](#))
- 25.2 Quando os sinais e sintomas que se parecem com TB persistirem por mais de duas semanas (pule para a [questão 27](#))
- 25.3 Assim que eu perceber que os sinais e sintomas podem estar relacionados com a TB (pule para a [questão 27](#)).
- 25.4 Eu não iria ao médico (siga para a [questão 26](#))
- 25.5 Não sabe
- 25.6 Outras. Quais? _____

26. Se você não for ao médico, qual o motivo?

- 26.1 Não sei aonde ir
- 26.2 Não quero saber se estou doente
- 26.3 Não acredito nos profissionais de saúde
- 26.4 Não gosto da atitude dos profissionais de saúde
- 26.4 Não quero que meus companheiros de cela saibam que estou doente
- 26.5 Outros. Quais? _____

27. Quanto você acha que custa o diagnóstico e tratamento da TB ?

- 27.1 É de graça
- 27.2 É muito caro
- 27.3 É razoavelmente caro
- 27.4 É caro
- 27.5 Não sabe

IV- ATITUDES E ESTIGMA EM RELAÇÃO À TB

28. Você conhece alguém que teve ou tem TB?

- 28.1 Sim
28.2 Não
28.3 Não sabe

29. Qual a sua atitude sobre as pessoas doentes de TB?

- 29.1 É solidário e deseja ajudar
29.2 É solidário, mas prefere a ficar longe dessas pessoas
29.3 Não pega TB e isso é um problema deles
29.4 Tem medo porque eles podem infectar você
27.5 Nenhum sentimento
27.6 Outros. Quais? _____

30. Como uma pessoa que tem TB é geralmente considerada pelas outras pessoas nesta unidade?

- 30.1 Muitas pessoas a rejeitam
30.2 Muitas pessoas são amigáveis, mas geralmente tentam evitá-la
30.3 As pessoas na maior parte ajudam
30.4 Não sabe
30.5 Outros. Quais? _____

31. Para você, uma pessoa com HIV pode também ter TB?

- 31.1 Sim 31.1.a Por quê? _____
31.2 Não 32.2.a Por quê? _____
33.3 Não sabe

III- CONSCIÊNCIA E INFORMAÇÃO DA TB

32. Você sente que está bem informado (a) sobre a TB?

- 32.1 Sim
32.2 Não

33. Você desejaria obter mais informações sobre a TB?

33.1 Sim

33.2 Não

34. Como você gostaria de receber mais informações a respeito da TB?

34.1 Jornais e Revistas

34.2 Radio

34.3 T.V.

34.4 Quadro de avisos

34.5 Folhetos, cartazes e outros impressos

34.6 Profissionais de saúde

34.7 Conversas com a família, amigos, vizinhos e colegas

34.8 Espaços religiosos

34.9 Escolas

34.10 Internet

34.11 Outros. Quais? _____

35. Qual a sua maior preocupação quando você pensa em TB? _____

VI-CONHECIMENTO DO HIV/AIDS

36. Ter relações sexuais com uma pessoa sabidamente não portadora do HIV/Aids reduz o risco da transmissão do vírus?

36.1 Sim

36.2 Não

36.3 Não sabe

37. Usar preservativos reduz o risco da transmissão do HIV?

37.1 Sim

37.2 Não

37.3 Não sabe

38. Uma pessoa com boa aparência pode ter o HIV/AIDS?

38.1 Sim

38.2 Não

38.3 Não sabe

39. Uma pessoa pode pegar HIV/AIDS através de picada de mosquito?

39.1 Sim

39.2 Não

39.3 Não sabe

40. Uma pessoa pode contrair o HIV/AIDS compartilhando uma refeição com alguém infectado?

40.1 Sim

40.2 Não

40.3 Não sabe

Obrigado pela sua participação nesta pesquisa.

ANEXO 2:

Consentimento Livre e Esclarecido

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Você foi convidado (a) a participar da pesquisa: **“Conhecimento dos trabalhadores da rede básica de saúde, municipal, do sistema prisional e dos detentos do Complexo Penitenciário de Hortolândia-SP sobre Tuberculose e HIV/aids”**. Se você decidir participar, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa.

Objetivo: O objetivo desta pesquisa é analisar o conhecimento dos trabalhadores da rede básica de saúde municipal, do sistema prisional e dos detentos do complexo penitenciário de Hortolândia, sobre tuberculose e HIV/aids.

Justificativa: Este estudo justifica-se pela elevada incidência de HIV/aids e Tuberculose na população geral prisional do Complexo Penitenciário de Hortolândia e pelas dificuldades encontradas em seu controle e os seus reflexos na saúde pública do município de Hortolândia-SP.

Procedimentos: Entendo que, durante este estudo serei informado sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinarei este termo de consentimento livre e esclarecido. Responderei as 41 questões do questionário que abordam: a) Variáveis sócio demográficos, b) Conhecimento da tuberculose, c) Atitudes e comportamento sobre a TB, d) Atitudes e Estigma em relação à TB e) Consciência e informação da TB f) Conhecimento do HIV/aids.

Riscos e desconfortos: Eu entendo que corro risco mínimo na participação deste projeto, sendo este, apenas o desconforto em responder as perguntas do questionário aplicado.

Benefícios: Eu entendo que a minha participação neste projeto não me trará nenhuma despesa financeira e que não receberei nenhum pagamento pela mesma. No entanto, entendo que serei beneficiado, através de minha participação, recebendo orientações sobre a prevenção do HIV/aids e da tuberculose.

Caráter Confidencial dos Registros: Estou ciente que todas as informações coletadas neste estudo são confidenciais e que meu nome não será divulgado em momento algum. Ainda assim, entendo que toda e qualquer informação será utilizada para fins acadêmicos e científicos.

Participação: Estou ciente que minha participação nesta pesquisa é voluntária e que a qualquer momento poderei interrompê-la, não ocorrendo nenhum tipo de represália ou quaisquer facilidades por parte das instituições municipais e prisionais ou da instituição de pesquisa.

Para obter informações adicionais: Estou ciente que, se assim eu desejar, o responsável pela pesquisa fornecerá os resultados da minha participação em outra oportunidade e a qualquer momento.

Declaração: Eu declaro que tenho mais que 18 anos de idade e que aceito participar deste projeto de pesquisa, orientado pela Profa. Dra. Helenice Bosco de Oliveira, e desenvolvido pelo cirurgião dentista, Sérgio Ferreira Junior, Coordenador do Programa Municipal de DST/aids de Hortolândia e aluno de mestrado, do departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), situada à Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, no distrito de Barão Geraldo em Campinas, Estado de São Paulo.

Nome completo: _____

Endereço: _____

Idade: _____ anos.R.G. _____ Órgão Expedidor: _____

Hortolândia, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Responsável pela pesquisa: Sérgio Ferreira Junior. Rua dos estudantes, 65 – Jd. Sta. Rita – Hortolândia SP. Fone (19)3865-6167 e-mail: sfjunior@uol.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa postal 6111 CEP 13083-887 – Campinas - SP

Fone: (19) 3521-8936 - fax – (19)3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 3:

Manual do entrevistador



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FCM - Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Orientadora: Profa. Dra. Helenice Bosco de Oliveira

Mestrando: Sérgio Ferreira Júnior

**O CONHECIMENTO DOS DETENTOS E DOS TRABALHADORES
SOBRE TUBERCULOSE E HIV/AIDS NO COMPLEXO PENITENCIÁRIO
DE HORTOLÂNDIA SP**

MANUAL DO QUESTIONÁRIO

2010

INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR

Introdução:

Este é um projeto de mestrado desenvolvido pelo cirurgião dentista Sérgio Ferreira Junior, sob a orientação da Profa. Dra. Helenice Bosco de Oliveira, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. O objetivo desta pesquisa é analisar o conhecimento dos trabalhadores da saúde e dos detentos do Complexo Penitenciário de Hortolândia – SP, sobre tuberculose (TB) e HIV/aids. Um questionário contendo quarenta e uma perguntas que abordam variáveis sociodemográficas; conhecimento sobre a tuberculose; atitudes e comportamento em relação à tuberculose; atitudes e estigma em relação à TB e conhecimento do HIV/aids será aplicado a todos os detentos, trabalhadores da unidade prisional III de regime fechado do Complexo Penitenciário e funcionários da rede pública de saúde de Hortolândia - SP, que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A população de funcionários está dividida em três áreas: administração, segurança e saúde, totalizando 148 funcionários e a população encarcerada de 1572 detentos. A população de funcionários da rede pública de saúde é estimada em 1200 trabalhadores. Esta pesquisa conta com a autorização da Coordenadoria da Região Central da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo e do comitê de ética em pesquisa da UNICAMP.

Instruções gerais:

Estas instruções visam orientar os entrevistadores no trabalho de campo, auxiliando-os na correta aplicação do questionário, de maneira a garantir a fidelidade e a precisão dos dados coletados. O êxito desta pesquisa depende fundamentalmente do trabalho do entrevistador, da sua consciência do alcance social deste projeto, de sua seriedade na execução da tarefa que lhe foi atribuída,

de seu desempenho junto aos entrevistados, para que cooperem e forneçam as informações solicitadas e da sua plena compreensão do questionário por meio do qual as informações são coletadas. É fundamental que os entrevistadores tenham pleno entendimento dos objetivos deste trabalho bem como das repercussões dos resultados na saúde da população. Este entendimento garantirá a motivação necessária a todos os participantes do trabalho de campo permitindo:

- Por meio de seu desempenho pessoal, convencer os detentos e funcionários a participarem desta pesquisa;
- Fazer as perguntas como formuladas no questionário, esforçando-se para obter respostas precisas.

Algumas recomendações são necessárias ao entrevistador:

- Procurar estabelecer um clima de cordialidade durante a entrevista. Evitar qualquer assunto controvertido e alheio ao questionário.
- Deixar o entrevistado expressar as respostas em sua própria linguagem, sem corrigi-lo, mas evitar que a entrevista se desvie do roteiro;
- Evitar que o entrevistado tenha contato direto com o questionário para não sugestioná-lo.
- Realizar a entrevista no local, não deixando, em hipótese alguma, o questionário para que o entrevistado o preencha posteriormente;
- Abster-se de fazer quaisquer comentários quanto à situação do entrevistado ou quanto às respostas dadas por ele, e não intimidá-lo para fornecer as respostas;
- Realizar as entrevistas pessoalmente, não sendo permitido delegar as tarefas, procurar ajuda ou estar acompanhado, neste trabalho, por pessoas não autorizadas pela supervisão geral.

O entrevistador deve, antes de sair para o trabalho de campo, verificar se esta com todo o material necessário à correta aplicação dos questionários.

- a. Caneta,
- b. Prancheta,

- c. Questionários em quantidade suficiente,
- d. Cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em quantidade suficiente
- e. Manual de instruções do questionário.

Ao recepcionar o entrevistado, o entrevistador deve apresentar-se dizendo, por exemplo: *“Eu me chamo (nome e algum dado) e sou entrevistador de uma pesquisa que aborda o conhecimento dos detentos e dos funcionários da unidade III do complexo penitenciário de Hortolândia, sobre Tuberculose (TB) e HIV/Aids, organizada pelo cirurgião-dentista Sérgio Ferreira Júnior, aluno do curso de mestrado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. E você foi convidado a participar desta pesquisa. Para que sua participação seja validada, necessito que você assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencha todos os dados solicitados em duas vias”*. A primeira via fica com o entrevistador e a segunda via com o entrevistado. Após a sua apresentação e a coleta das assinaturas do Termo de Consentimento Livre e esclarecido, o entrevistador deve iniciar a aplicação do questionário propriamente dito.

a. Deve procurar despertar no entrevistado o interesse em fornecer os dados requeridos, esclarecendo a importância das informações para a avaliação do conhecimento dos detentos e trabalhadores sobre tuberculose e HIV/Aids. Naturalmente o entrevistador deve adaptar seu discurso de apresentação ao nível do entrevistado;

b. Deixar bem claro, durante a apresentação, que a entrevista é de caráter sigiloso e que as suas informações são absolutamente **confidenciais**. Isto é, em nenhum caso as informações serão individualizadas. Isto significa que nomes e endereços não serão identificados na análise e divulgação dos resultados e não serão digitados no banco de dados da análise. Para reforçar a confiabilidade de sua atitude, o entrevistador deve, portanto, evitar fazer qualquer comentário a respeito de entrevistas já realizadas. Este procedimento deve ser evitado mesmo com um colega da pesquisa. Os comentários, desde que se refiram às dúvidas e problemas surgidos durante a aplicação do questionário devem ser feitos apenas fora do presídio com o supervisor;

c. Esclarecer ao entrevistado que algumas perguntas da entrevista podem parecer inadequadas para ele, especificamente. Mas que para o bom êxito da pesquisa, os questionários devem ser aplicados integralmente a todas as pessoas selecionadas;

d. Podem acontecer casos de recusa por várias razões. O entrevistador deve manter a atitude cortês e conciliadora, procurando conquistar a confiança do entrevistado;

e. Deve dizer que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da FCM e que, portanto, por norma do comitê, solicitará a ele que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para confirmar que aceitou dar a entrevista. E que ele poderá interromper a entrevista se quiser ou precisar sem qualquer tipo de retaliação por parte da administração penitenciária.

Aplicação do Questionário:

Quanto à aplicação do questionário, o entrevistador deve observar as seguintes instruções:

- α. Estar preparado para responder a quaisquer perguntas relativas aos objetos da pesquisa e ao questionário;
- β. Demonstrar segurança no manuseio do questionário e dos assuntos que dele constam, o que implica estudo prévio e detalhado do mesmo, eliminando a princípio, quaisquer dúvidas;
- χ. Não confiar na memória, deixando informações para anotações posteriores, efetuar todos os registros diretamente no questionário, no ato da entrevista;
- δ. Evitar omissões, improvisações e alterações das perguntas, pois o eixo de uma pesquisa depende em grande parte da forma como são formuladas. Se o entrevistado não entender a pergunta, o entrevistador deve tentar esclarecê-la sem, no entanto, mudar o sentido da mesma;
- ε. Não alterar, em hipótese alguma, a ordem das questões. Esta deverá ser sempre respeitada para evitar distorções, uma vez que esta ordem foi exaustivamente estudada e planejada para obter resultados desejados;
- φ. Não sugerir, jamais, resposta a qualquer questão, induzi-las ou antecipá-las, por mais tempo que o entrevistado requeira para entender e/ou responder à pergunta. A sugestão, indução ou antecipação de respostas constitui uma das causas mais frequentes de erro;
- γ. Não fazer nenhum comentário sobre o significado das questões, isto é, sobre o que se pretende obter através das respostas;

- η. Seguir as instruções recebidas durante o treinamento e contidas neste manual, sempre que tiver alguma dúvida a respeito das perguntas;
- ι. Tentar conduzir a entrevista alguns metros longe de outras pessoas, possibilitando que o entrevistado possa responder às questões livremente. O entrevistador e o entrevistado devem estar, se possível, sentados e relaxados.
- φ. Explicar ao entrevistado que você utilizará em algumas questões, a abreviação da palavra tuberculose, como TB.

Término da entrevista:

Quando terminar a aplicação de cada questionário, o entrevistador deve fazer uma revisão para verificar se houve alguma omissão, falha ou inconsistência. Este procedimento poderá evitar sua volta para alguma correção. E checar o termo de consentimento livre e esclarecido assinado em duas vias.

Solicitações dos entrevistados sobre problemas sociais, de saúde ou outros, deverão ser encaminhados para a supervisão.

Composição do questionário:

- I- Variáveis sociodemográficas;
- II- Conhecimento sobre a tuberculose;
- III- Atitudes e comportamento em relação à tuberculose;
- IV- Atitudes e Estigma em relação à tuberculose;
- V- Consciência e informação sobre a tuberculose;
- VI- Conhecimento do HIV/aids.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO:

Este questionário é composto por dois tipos de questões:

- **Questões abertas:** Deve-se ouvir com atenção a resposta do entrevistado e anotar o que for relatado, com as mesmas palavras que ele usar.
- **Questões fechadas:** Deve-se fazer um “X” na alternativa que corresponde à resposta dada pelo entrevistado. A maioria das questões fechadas possui uma

alternativa que corresponde a “não sabe”. Assinale esta alternativa sempre que o entrevistado não souber dar uma resposta à pergunta formulada ou quando ele não quiser responder àquela questão.

Usualmente, para a maioria das questões, deve ser assinalada apenas uma resposta e as alternativas não devem ser lidas. Mas em alguns casos pode ser assinalada mais de uma alternativa. Em outros casos as alternativas devem ser lidas.

Questão cujas alternativas devem ser lidas:

11. Em sua opinião a tuberculose é uma doença:

11.1 Muito grave

11.2 Grave

11.3 Não grave

Outros detalhes devem ser notados:

1. Em quaisquer questões, havendo dúvidas quanto ao preenchimento ou ao encaixe da resposta dada pelo entrevistado nesta ou naquela alternativa, anotar o mais cuidadosa e detalhadamente possível tudo o que foi dito e, posteriormente, levar a dúvida para a supervisão.
2. Quando o entrevistado der uma resposta que não seja exatamente igual a uma das alternativas, mas parecida, o entrevistador deve repetir a alternativa como está escrita no questionário, e aguardar pela confirmação do entrevistado. Em algumas questões, o entrevistador precisará fazer alguma pergunta adicional para chegar a uma das alternativas definidas. No geral, deve-se confirmar a resposta do entrevistado, evitando ao máximo fazer suposições ou aproximações por conta própria.
3. Em todas as questões abertas, o entrevistador deve procurar obter a resposta o mais completa possível do entrevistado.
4. O entrevistador deve apresentar os blocos para o entrevistado, antes de iniciar as perguntas. Por exemplo: “Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre HIV/aids”. Esta introdução inicial visa preparar o entrevistado para as perguntas que se seguirão, e deixá-lo a par dos assuntos que serão abordados.

COMO PREENCHER O QUESTIONÁRIO:

Número do questionário: Este número será preenchido pela supervisão.

Data: Preencher com a data da aplicação do questionário.

Bloco I - Variáveis sociodemográficas:

Este bloco refere-se aos dados pessoais do entrevistado.

1. Idade:

Perguntar a idade do entrevistado e registrar no campo correspondente

Data de nascimento:

Perguntar a data do nascimento do entrevistado e registrar no campo correspondente utilizando formato ___/___/19___

2. Cor:

Perguntar se o entrevistado considera-se branco ou não branco e anotar a resposta no campo correspondente.

3. Sexo:

Anotar no campo correspondente o sexo do entrevistado.

4. Anos formais de Estudo:

Esta pergunta refere-se há quantos anos de estudo o entrevistado possui. Até o ensino fundamental completo conta-se 8 anos, até o ensino médio completo conta-se 11 anos de estudo, de 12 a 16 anos, nível universitário e após este período pós graduação.

5. Situação prisional ou funcional:

Perguntar ao entrevistado se ele é detento, funcionário do presídio ou da rede pública de saúde e marcar a resposta no campo correspondente. Se for detento, pule para a **questão 8**, se for funcionário, passe para a questão seguinte.

6. Há quanto tempo trabalha no sistema prisional ou na rede pública de saúde?

Registrar no campo correspondente a resposta e no campo ao lado, a data da admissão do funcionário no sistema prisional. Utilizar o formato __/__/____.

7. Qual a sua área de atuação?

Anotar a resposta do entrevistado no campo correspondente. Caso a resposta seja diferente das opções do questionário, anotar um “x” o campo **7.4 – Outros** e registrar ao lado a outra área de atuação.

8. Se for detento, há quanto tempo está preso desde a sua última prisão?

Esta pergunta refere-se há quanto tempo ele esta preso desde a sua última detenção. Registrar a resposta no campo correspondente e também a data da sua última inclusão no sistema prisional no campo ao lado. Utilizar o formato __/__/____.

Bloco II - Conhecimento da Tuberculose

Este bloco refere-se ao conhecimento do entrevistado a respeito de transmissão, infecção e percepção dos sintomas da tuberculose.

9. Você já recebeu alguma orientação sobre tuberculose nesta unidade prisional?

A resposta desta pergunta deve ser anotada no campo correspondente e refere-se apenas à unidade prisional III. Caso o entrevistado tenha recebido em outro local, registrar na opção **9.2 – Não** e pular para a questão **11**.

10. Se sim, recebeu, foi através de:

Registrar nas alternativas a forma como o entrevistado recebeu esta informação. Neste caso poderá haver mais de uma alternativa e o entrevistador deverá registrar todas as respostas do entrevistado.

11. Em sua opinião a tuberculose é uma doença:

11.1 Muito Grave

11.2 Grave

11.3 Não grave.

Nesta pergunta o entrevistador deverá ler as alternativas e registrar a resposta no campo correspondente.

12. Quais os sinais e sintomas da tuberculose?

Esta questão poderá ter mais de uma alternativa. Anote as alternativas correspondentes às respostas do entrevistado. Caso haja alguma resposta diferente, registrar em **12.13- Outros** e registrar com as mesmas palavras do entrevistado.

13. Como se pega tuberculose?

Adaptar e anotar a resposta do entrevistado no campo correspondente.

***Esclarecimentos:**

13.3 Compartilhando pratos: quando uma pessoa com tuberculose come sua refeição num prato e depois passa este prato para outra pessoa comer.

13.4 Comendo no mesmo prato: quando duas pessoas comem uma mesma refeição no mesmo prato e ao mesmo tempo.

14. Como uma pessoa pode prevenir a tuberculose?

Anotar a resposta do entrevistado no campo correspondente

15. Em sua opinião, quem pode pegar TB?

Anotar a resposta de no campo correspondente.

16. A tuberculose tem cura?

Anotar a resposta no campo correspondente.

17. Como uma pessoa se previne da TB?

Adaptar a resposta e anotar a resposta no campo correspondente. Se o entrevistado referir-se à medicação, anotar no campo **17.4**, se a resposta referir ao tratamento médico, anotar no campo **17.5**.

Bloco III - Atitudes e Comportamento em relação à TB

Este bloco refere-se às atitudes e ao comportamento do entrevistado em relação à tuberculose.

18. Você pode pegar tuberculose?

Anotar a resposta no campo correspondente.

Por quê? Registrar a resposta com as mesmas palavras do entrevistado.

19. Qual a sua reação se soubesse que você tem tuberculose?

Esta questão em geral as pessoas respondem com uma ação. Por exemplo: - Eu procuraria um médico. Procurar um médico seria uma ação e não uma reação. Sendo assim, deve-se esclarecer a diferença entre ação e reação e refazer a pergunta, por exemplo: Como você reagiria se soubesse que tem TB?

20. Você falaria sobre a sua doença se tivesse TB?

Anotar a resposta no campo correspondente.

21. Para quem você falaria?

Anotar a resposta no campo correspondente.

22. O que você faria se pensasse que esta com os sinais e sintomas da TB?

Anotar a resposta de no campo correspondente. Se o entrevistado responder família, anote nos campos **21.2, 21.2, 21.3**.

23. Se você tivesse os sinais e os sintomas da TB, em que ponto procuraria um serviço de saúde?

Se a resposta forem as alternativas **23.1, 23.2 ou 23.3**, pule para a **questão 25**. Se a resposta for a alternativa **23.4**, siga com o questionário.

24. Por que você não iria ao médico, qual o motivo?

Anotar a resposta no campo correspondente.

25. Quanto você acha que custa o diagnóstico e o tratamento da TB? Esta questão se refere ao custo para o paciente. Anotar a resposta no campo correspondente.

Bloco IV – Atitudes e Estigma em relação à TB

Este bloco refere-se às atitudes e à representatividade do estigma para o entrevistado em relação à doença e aos doentes.

26. Você conhece alguém que tem ou teve TB?

Adaptar a resposta do entrevistado e anotar no campo correspondente.

27. Qual o sentimento que você tem sobre as pessoas doentes de TB?

Anotar a resposta no campo correspondente.

28. No presídio, de um modo geral como uma pessoa que tem TB é geralmente considerada?

Anotar a resposta de no campo correspondente.

29. Para você, uma pessoa com HIV também pode ter TB?

Anotar a resposta de no campo correspondente. Se a resposta for Sim, siga para a questão **29.1 (a)**, se a resposta for não, siga para a questão **29.1(b)** e pergunte **Por quê?** Registrando em seguida a resposta com as mesmas palavras do entrevistado.

Bloco V – Consciência e informação da TB

Este bloco refere-se sobre a informação e a consciência que o entrevistado tem sobre a tuberculose.

30. Você sente que está bem informado sobre a TB?

Anotar a resposta de no campo correspondente.

31. Você gostaria de receber mais informações sobre TB?

Anotar a resposta de no campo correspondente.

32. Quais as fontes de informação que você acessaria para ter informações a respeito da TB?

Anotar a resposta de no campo correspondente.

33. Qual a sua maior preocupação quando você pensa em TB? Registrar a resposta com as mesmas palavras do entrevistado.

Bloco VI- Conhecimento sobre HIV/aids

Este bloco refere-se ao conhecimento do entrevistado sobre o HIV/aids

34. Ter relações sexuais com uma pessoa sabidamente não portadora do HIV/aids reduz o risco da transmissão do vírus?

Anotar a resposta no campo correspondente.

35. Usar preservativos reduz o risco da transmissão do vírus do HIV?
Anotar a resposta no campo correspondente.

36. Uma pessoa com boa aparência pode ter o vírus HIV/aids?

Anotar a resposta no campo correspondente.

37. Uma pessoa pode pegar HIV/aids através de picada de mosquito?
Anotar a resposta no campo correspondente.

38. Uma pessoa pode contrair o HIV/aids compartilhando uma refeição com alguém infectado?

Anotar a resposta no campo correspondente.

39. Você tem tosse com catarro?

Registrar a resposta no campo indicado.

40. Já tratou ou está em tratamento da Tb?

Anotar a resposta no campo correspondente.

Finalizar o questionário, dizendo:

“Muito obrigado pela sua participação”.