



Español

Universidade Federal Fluminense

UFF

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Conocimiento y actitudes de los familiares de presidiarios acerca de la tuberculosis: estudio descriptivo

Anderson da Silva Rêgo¹, Elza Monteiro da Silva², Sonia Silva Marcon¹, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic¹

¹Universidade Estadual de Maringá

²Universidade de Oeste Paulista

RESUMEN

Objetivo: evaluar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de familiares de individuos privados de libertad acerca de la tuberculosis y evaluar la asociación entre el conocimiento y las características sociodemográficas de esa población. **Método:** estudio transversal descriptivo envolviendo 95 familiares de individuos privados de libertad. La colecta de datos fue realizada en junio y julio de 2015, en una Comisaría del Paraná. **Resultados:** la mayoría de los entrevistados (86%) dijo haber oído hablar sobre la tuberculosis, y 71% demostró tener poco conocimiento sobre la enfermedad. No fue observada asociación entre conocimiento y condiciones sociodemográficas y de salud. Los participantes alegaron sentimientos de miedo y vergüenza en el caso de contagio de la enfermedad y deseo de recibir más informaciones sobre a tuberculosis. **Conclusión:** los resultados refuerzan la necesidad de intervenciones educativas para la población evaluada.

Descriptor: Tuberculosis; Educación en Salud; Prisiones; Familia; Enfermería en Salud Pública; Atención Primaria a la Salud.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) representa un grave problema de salud pública, en ámbito mundial, siendo la responsable por cerca de cuatro mil óbitos por año en Brasil. Se destaca que, a pesar de los avances tecnológicos y de las políticas estratégicas de salud, con el objetivo de reducir y controlar los números de casos, no hubo reducción en las tasas de incidencia de la enfermedad, siendo los ambientes cerrados, oscuros y poco ventilados, características de los ambientes en la prisión de Brasil y del mundo, el local más susceptible al contagio da TB⁽¹⁻²⁾.

Hasta el final de 2014, la población en la prisión en Brasil era de 607.731 detenidos, para un total de 376.669 vacantes, con una tasa de ocupación de 161%. En Paraná, el número de detenidos es de 28.702, con tasa de ocupación de 149%⁽³⁾. Se observa que el número de detenidos por cárcel pública es mucho mayor de que las vacantes existentes y disponibles. Ese hecho, asociado a la falta de ventilación y de higiene, a la luminosidad ineficaz y al servicio para asistencia a la salud inadecuado, proporciona un ambiente potencialmente favorable a la transmisión de la TB, denunciando la importancia del diagnóstico precoz y de la discusión sobre formas de transmisión de la enfermedad, especialmente en ese contexto⁽²⁾.

En vista de eso, faz-se necesario considerar la exposición no solamente de los detenidos como también de los familiares que los visitan rutinariamente. De ese modo, es importante evaluar el conocimiento y el comportamiento de los familiares delante de la TB, como ese conocimiento sobre la enfermedad es difundido en la comunidad, identificando factores que interfieren en la forma como cada individuo busca apoyo y cuidado a la salud, y como tales individuos adhieren a las acciones en salud propuestas por los programas de salud pública^(2,4).

La Política Nacional de Atención Integral a la Salud de las Personas Privadas de Libertad en el Sistema de Prisión (PNAISP) se regula por objetivos similares al del Sistema Único de Salud (SUS), o sea, considera la reducción y el manejo de los agravos a la salud del preso por medio del desarrollo de acciones de promoción, recuperación y prevención de enfermedades, como también el acceso integral a las redes de atención a la salud. El PNAISP propone la expansión de esas acciones a los trabajadores del sistema de la prisión, a la familia y a las demás personas que mantienen vínculo con el condenado. No obstante, un estudio relata la incidencia continua de nuevos casos de TB en prisiones, lo que eleva las chances de propagación y de transmisión de la enfermedad para la población en general⁽¹⁻⁵⁾.

En ese sentido, se entiende que la evaluación del conocimiento, las actitudes y las prácticas de los familiares de prisioneros pueden proporcionar el reconocimiento de esa parcela de la población, los cuales no son asistidos por los profesionales del área de la salud, actuantes en el sistema prisional, que direccionan el cuidado al individuo privado de libertad. Una vez que la presencia de los familiares de las personas en régimen cerrado es una rutina semanal, esa población también necesita ser considerada en las acciones y en las conductas profesionales que son adoptadas.

Delante de lo expuesto, se definió como objetivo del estudio identificar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de familiares de individuos presos sobre la TB y evaluar a asociación entre el conocimiento y las características sociodemográficas de esa población. Con eso, se objetivo que posibles lagunas en el conocimiento sobre la TB sean identificadas e que contribuciones para la planificación de acciones y conductas sean creadas y perfeccionadas para el control de la enfermedad y la disminución de nuevos casos.

MÉTODO

Estudio transversal, de naturaleza descriptiva, realizado con familiares de prisioneros de la Estación de Policía Civil de Sarandi – PR. Ese municipio, con aproximadamente de 80 mil habitantes, está localizado al noroeste del estado de Paraná, Brasil. Es el municipio más poblado de la Región Metropolitana de Maringá y también el que presenta mayores índices de violencia ⁽²¹⁾. La comisaría en estudio tiene capacidad para 49 presos, pero, la época de la colecta de datos, contaba con 150. La elección de ese local se debe al hecho de que en otras ocasiones fueron diagnosticados casos de TB entre los detenidos.

La visita a los presos es realizada una vez por semana, durante el período de la mañana, siendo que cada preso solamente puede recibir una visita por vez. En los días de visitas, familiares y amigos llegan de madrugada y aguardan en fila, por orden de llegada, los horarios de la revista, que inician a las 8h30.

Para la definición del tamaño de la muestra, se consideró el número de presos (150), la prevalencia de conocimiento sobre TB de 50%, error de estimativa de 5% y confiabilidad de la muestra de 95%, más de 10% para posibles pérdidas, resultando en una muestra mínima de 91 participantes. Los criterios de inclusión adoptados fueron: poseer parentesco familiar con el preso y edad mínima de 18 años. Ningún criterio de exclusión fue adoptado.

Los datos fueron colectados en los meses de junio y julio de 2015, mientras los visitantes aguardaban el horario de la fiscalización. Los participantes del estudio fueron abarco el período de las 5h a las 8h30 de la mañana, ocasión en que eran informados sobre los objetivos del estudio y convidados a participar. En caso de acuerdo, la entrevista era realizada al aire libre y con cierto distanciamiento de la “fila”, de modo a garantizar un mínimo de privacidad.

Durante la colecta de datos, fue aplicado un instrumento utilizado en un estudio nacional con presos y profesionales ⁽⁶⁾, intitulado *CAP (Conocimiento, Actitudes y Prácticas)*, el cual es constituido por 40 cuestiones distribuidas en cinco bloques temáticos: I - Características sociodemográficas; II - Conocimiento da TB; III - Actitudes y comportamientos sobre la TB; IV - Consciencia e información sobre la TB; y V - Conocimiento de HIV/Sida.

El referido instrumento fue adaptado para el presente estudio de la siguiente forma: alteradas las cuestiones relacionadas a las características sociodemográficas, de modo que fuesen adecuadas a los familiares; excluidas las cuestiones del último bloque, y añadidas cinco cuestiones que su objetivo era comprobar si el familiar tenía conocimiento de casos de TB entre los presos, se habían recibido orientaciones sobre cuidados necesarios para la prevención de la enfermedad, de modo general y durante las visitas, y se les fue ofrecido algún material/equipamento de protección para ser usado durante las visitas. Hay que destacar que ni en todas las cuestiones del instrumento adaptado están siendo utilizadas en esta comunicación.

Los datos fueron tabulados duplamente en el programa *Microsoft Office Excel* 2013, seguido de correcciones evitando la inconsistencia de los datos. El procesamiento y el análisis se dieron por medio del programa *SPSS*, versión 20.0.

El conocimiento sobre la enfermedad fue medido a partir de la evaluación de las respuestas a las cuestiones del bloque II, que enfocaban señales y síntomas de la enfermedad y modos de prevención, transmisión y cura de la TB. Esas cuestiones permitían más de una respuesta. La evaluación de las respuestas fue hecha por comparación con informaciones contenidas en el Manual de la Vigilancia en Salud, del Ministerio de la Salud ⁽⁷⁾. El nivel de conocimiento fue establecido a partir de la suma del número de cues-

tiones con respuestas correctas. Fue considerado que el individuo tenía conocimiento cuando presento 60% o más de aciertos; y cuando el resultado era inferior a 60% se consideró que tenía poco conocimiento, conforme ya utilizado por otro estudio ⁽⁴⁾.

Para tratamiento de las variables, fue verificada la asociación entre conocimiento y datos sociodemográficos y de salud y también con el modo como les gustaría de recibir informaciones referentes a la enfermedad, por medio del test chi-cuadrado. Para analizar la diferencia entre actitudes y comportamientos y el nivel de conocimiento sobre TB, fue realizado el test Mann-Whitney. Para todos los test, se consideró la presencia de asociación significativa cuando $p < 0,05$.

El desarrollo del estudio ocurrió en conformidad con las recomendaciones por la resolución n.º 466/2012, y su proyecto fue aprobado por el Comité Permanente de Ética e Investigación con Seres Humanos de la Universidad Estadual de Maringá (UEM) (parecer de n.º 1.113.764), del municipio de Maringá – PR. Todos los participantes de la investigación firmaron el Término de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLE) en dos vías.

RESULTADOS

Participaron del estudio 95 familiares, siendo que la mayoría era del sexo femenino (97,9%), de color blanca (77,9%), con edad entre 19 y 39 años (61,1%) y, con el máximo, de ocho años de estudio (61%). La mayoría reporto ya haber recibido informaciones referentes a la TB (86,3%), siendo que en más de la mitad de los casos esas informaciones fueron ofrecidas por profesionales de la salud (56%).

Ninguno del entrevistado reporto ya haber realizado tratamiento para TB, pero,

algunos reportaron tener tos con catarro hace más de dos semanas (26,2%). Con relación al conocimiento sobre TB, la mayoría reporto algunos síntomas que no son característicos de la enfermedad en mayor frecuencia, sin embargo, síntomas clásicos de la TB, como tos por más de dos semanas y tos seca, fueron referidos por una minoría de los individuos de estudio (Tabla 1).

Tabla 1: Conocimiento de familiares de presos sobre TB. Comisaría de Policía de Sarandi, PR, 2015.

	n	%
Opinión sobre TB		
Grave	44	46,3
Muy grave	38	40,0
No sabe	10	10,5
No es grave	3	3,2
Síntomas de la TB		
Cansancio	66	69,5
Falta de apetito*	62	65,3
Dolor en el pecho	60	63,2
Fiebre*	59	62,1
Pérdida de peso*	58	61,1
Falta de aire	58	61,1
Fiebre sin causa por más de siete días*	53	55,8
Dolor de cabeza	44	46,3
Tos con sangre*	39	41,1
Tos con catarro*	37	38,9
Sudor nocturno*	32	33,7
Tos hace más de dos semanas*	28	29,5
Náuseas	19	20,0
Tos seca*	15	15,8

*Respuestas correctas.

Cuestiones que permiten más de una respuesta.

Las respuestas referentes a las formas de contagio y a la prevención de la enfermedad demuestran que una parcela considerable de los individuos en estudio posee noción de como la enfermedad es transmitida y de como ella puede ser evitada. Sin embargo, el número de individuos que mostró respuestas incorrectas también es considerable, conforme observado en la Tabla 2.

Tabla 2: Conocimiento de familiares de presos sobre TB. Comisaría de Policía de Sarandi, PR, 2015.

	n	%
Como se pega TB[†]		
Contacto con el enfermo*	80	84,2
A través del aire*	79	83,2
Compartiendo platos y cubiertos	63	66,3
Comiendo en el mismo plato	63	66,3
Por la saliva	56	58,9
Baño frío/piso helado	55	57,9
Compartiendo cigarros	47	49,5
Tocando en perillas de las puertas	24	25,3
Por medio de apretón de manos	8	8,4

Como la persona puede prevenirse de la TB[†]

Evitar lugar cerrado/no ventilado*	68	71,6
Evitar el enfermo con TB*	62	65,3
Aislar al enfermo/usar máscara*	61	64,2
Medicamentos	57	60,0
Evitar de compartir cigarros	54	56,8
Lavar las manos, buen higiene*	54	56,8
Evitar el frío	53	55,8
Alimentarse bien*	47	49,5
Orar/rezar	47	49,5
Cubrir la boca al toser o respirar*	46	48,4
Evitar compartir platos y cubiertos	39	41,1
Evitar de saludar con las manos	18	18,9
Cerrar las ventanas	17	17,9

*Respuestas correctas.

[†]Cuestiones que permiten más de una respuesta.

Tabla 3: Actitudes y comportamiento referidos como posibles por familiares de presos en caso de contagio por TB. Comisaría de Policía de Sarandi, PR, 2015

Actitudes y Comportamientos	Poco Conocimiento	Conocimiento	p
	Media±DP (n= 72)	Media±DP (n = 23)	
Sentimientos de miedo	2,26±1,35	2,48±1,47	0,517
Sentimientos de vergüenza	1,61±0,74	1,48±0,84	0,471
Buscaría UBS	0,89±0,31	1,0±0,37	0,975
Tratamiento propio/farmacia	1,54±0,58	1,74±0,81	0,284
Apoyo religioso	1,61±0,49	1,83±0,38	0,589

Test U Mann-Whitney

DP: desvío estándar.

Tabla 4: Asociación de las características sociodemográficas y orientaciones recibidas por familiares de presos sobre tb. Comisaría de Policía de Sarandi, PR, 2015.

	Conocimiento				p
	Sí	%	Poco	%	
Edad					
18-39 años	13	13,7	—	45	47,4
≥ 40 años	10	10,5	—	27	28,4
Raza/Color					
Blanco	17	17,9	—	57	60
No blanco	6	6,3	—	15	15,8
Sexo					
Femenino	23	24,2	—	70	73,7
Masculino	0		—	2	2,1
Años de Estudios					
0 a 8	14	14,7	—	44	46,3
≥ 9	9	9,5	—	28	29,5
Recibió alguna orientación sobre TB					
Sí	23	24,2	—	59	62,1
No	0		—	13	13,7

Test Chi-cuadrado.

Con relación a la susceptibilidad para el contagio, más de la mitad de los individuos declararon que cualquier persona (65,3%) puede ser contagiada con la enfermedad, sin embargo, la mayoría dice que los fumadores (83,2%) y los presos (66,3%) son más vulnerables. En la evaluación general del conocimiento sobre la enfermedad, se encuentra que 75,8% de los entrevistados poseen poco conocimiento.

Referente al comportamiento en salud, 91,6% de los entrevistados confirmo que buscarían una Unidad Básica de Salud (UBS), para consulta médica, caso presentasen señales y síntomas de la TB, e 59% declararon que buscarían soluciones en farmacias o un tratamiento propio, con medicamentos y plantas medicinales. No hubo variación estadísticamente significativa entre las actitudes y los comportamientos asociados al nivel de conocimiento sobre la TB (Tabla 3).

En la Tabla 4, se observa que no hubo asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre TB y las características sociodemográficas. Sin embargo, se observó asociación significativa entre no haber recibido información sobre la enfermedad y el poco conocimiento sobre ella.

Más de la mitad de los participantes (54,7%) consideraran que poseían informaciones sobre TB, sin embargo, todos relataron que les gustaría de recibir más informaciones, principalmente de los profesionales de salud (100%), seguida de folletos, carteles y otros impresos (57,9%), de periódicos y revistas (49,5%) y por la *internet* (32,6%).

En la Tabla 5, se observa asociación estadísticamente significativa entre poco conocimiento sobre TB y el deseo de obtener más informaciones a partir de la conversa entre familiares, amigos y en espacios religiosos ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

La mayoría de los entrevistados demostró tener poco conocimiento sobre TB en cuanto a su forma de contagio, a las señales e síntomas, a la prevención y al tratamiento. De ese modo, tal hecho corrobora para los resultados obtenidos en estudios nacionales e internacionales realizados con trabajadores de sistemas custodia y de salud, individuos privados de libertad⁽⁶⁾, familiares de personas en tratamiento da TB⁽⁸⁾ y con la comunidad en general^(9,11), los cuales refuerzan

Tabla 5: Consciencia de familiares de presos e informaciones recibidas sobre tuberculosis. Comisaría de Policía de Sarandi, PR, 2015.

Fuentes de informaciones sobre TB	Total		Poco Conocimiento		Conocimiento		p
	n	%	n	%	n	%	
Profesionales de la Salud	95	100	72	75,8	23	24,2	-
Folletos, carteles y otros impresos	55	57,9	45	14,7	10	13,3	0,100
Periódicos y revistas	47	49,5	36	35,6	11	11,4	0,850
Internet	31	32,6	22	23,5	9	7,5	0,440
Escuelas	23	24,2	16	16,8	7	7,3	0,420
Conversa entre familiares y amigos	23	24,2	22	23,5	1	1,0	0,028
Radio	23	24,2	18	17,4	5	5,6	0,750
Televisión	23	24,2	18	17,4	5	5,6	0,750
Espacios religiosos	15	11,4	15	11,4	-	-	0,012

Test Chi-cuadrado.

la necesidad de la educación en salud. Eso indica la necesidad de intervención capaz de cambiar el perfil epidemiológico de enfermedad, especialmente las transmisibles. Las informaciones adecuadas sobre la TB necesitan ser difundidas y comprendidas por toda la población.

Los hallazgos demuestran que 86% de los entrevistados ya recibieron informaciones sobre la enfermedad, sin embargo, los resultados de este estudio apuntan que 75,8% poseen poco conocimiento sobre TB. Es importante destacar que 61% de la población en estudio poseen como máximo ocho años de estudio. Las desigualdades sociales constituyen un gran problema en el ámbito de la salud pública, pues muchas enfermedades, y de forma especial la TB, tiene sus causas, tratamiento y pronóstico relacionados a las condiciones de vida, en el ámbito social y económico de la población⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Se destaca que, aunque no haya sido identificada asociación entre conocimiento sobre la enfermedad y características sociodemográficas, se observó la existencia de asociación entre no haber recibido cualquier información sobre la enfermedad y el poco conocimiento sobre ella.

En esa dirección, llama la atención el hecho de 61% de los entrevistados haber mostrado la presencia de tos persistente más de dos semanas, síntoma característico de la TB, y 60% de estos poseen poco conocimiento sobre la enfermedad. Se entiende que el diagnóstico tarde de la TB aún es un problema a ser enfrentado, teniendo en vista que el comportamiento de los individuos y la oferta de los servicios en salud determinan el período de busca por atendimento a la salud⁽¹³⁻¹⁴⁾.

El tiempo para el diagnóstico de TB fue retratado en un estudio realizado en Ribeirão Preto⁽¹²⁾, en cual fue demostrado que el atraso en la búsqueda de servicios de salud para el diagnóstico de la TB estaba relacionado al conocimiento adecuado sobre la enfermedad. En

el mismo estudio, era evidente que 58% de los participantes buscarían los servicios de salud delante de señales y síntomas relacionados con la TB, y grande parte de los entrevistados de ese estudio poseían poco conocimiento sobre la enfermedad. Esas diferencias entre los resultados del estudio realizado en Ribeirão Preto y los de este estudio pueden justificar los resultados del análisis del conocimiento y de las características sociodemográficas de esta investigación, en la cual no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Los hechos de la mayoría de los participantes mostraron que sentirían miedo y vergüenza en caso de contagio por TB constituye un aspecto importante a ser considerado por los profesionales de salud, pues sentimientos de esa naturaleza dificultan la adhesión al tratamiento. Eso ocurre debido al recelo de discriminación por parte de amigos y familiares, y también por desconocimiento sobre la enfermedad y sobre a grande probabilidad de cura, cuando el tratamiento y seguido correctamente. El estigma de la enfermedad decurrente de su conocimiento puede ser trabajado por los profesionales de salud por medio de informaciones adecuadas, asociadas a la oferta y a la mejora del acceso a los servicios de salud^(4,6,15).

La búsqueda de apoyo religioso fue referida por los participantes como medio de evitar el contagio y también para obtener la cura de la enfermedad. Un estudio⁽¹⁶⁾ realizado en el estado de São Paulo revelo que el apoyo religioso era justificado a partir del sentimiento de incapacidad de las personas enfermas en realizar las actividades cotidianas, que les eran habituales antes de estar enfermos.

En relación a las actitudes, los entrevistados afirmaron que harían tratamiento por cuenta propia, con uso de medicamentos y plantas medicinales. Esa actitud sería tomada no solamente en relación a la enfermedad por TB, más

para cualquier otra situación de enfermedad. Eso configura que el proceso de la enfermedad y la forma con que se busca cuidados de salud son directamente influenciados por factores distintos, como la cultura, la religión y la condición socioeconómica, demostrando la necesidad de los servicios de salud disponer de una asistencia más integral a la población, además de la garantía del acceso a las acciones de salud ofertadas^(14,15).

Es necesario destacar que los entrevistados declararon que cualquier persona puede pegar TB, sin embargo, se cree que los fumadores y los privados de libertad son más susceptibles a adquirir la enfermedad, debido a la vulnerabilidad social y de salud. En un estudio⁽¹⁸⁾ realizado en el interior de São Paulo, los resultados alertaron sobre la posibilidad de equívoco entre los síntomas de la TB y de otra enfermedad, con gravedad o no. Eso porque los fumadores son más propicios a las mismas sintomatologías de la TB, como tos y falta de aire. El estudio enfatizó, aún, ser esencial la asistencia rigurosa de los profesionales de salud para detectar los sintomáticos sospechosos y acelerar el proceso de evaluación del cuadro clínico y del tratamiento⁽¹⁸⁾.

El hecho de creer que individuos privados de libertad son más susceptibles a enfermedades probablemente está conectado a la divulgación de casos sospechosos y confirmados de TB por la administración de la comisaría, local donde fue realizado el estudio, al final de 2014 e inicio de 2015. En ámbito nacional, la probabilidad de contagio de la enfermedad en el ambiente de la prisión es, en media, 27 veces más grande de lo que en otros ambientes⁽²⁾.

Mismo que el ambiente de la prisión contribuya para el mayor riesgo de contagio, hay también la oportunidad de diagnóstico y tratamiento, lo que traerá beneficios a la salud no solamente del detenido, pero también de los profesionales del sistema de la prisión, de

los familiares y de la comunidad en que el detenido volverá a tener convivio⁽³⁻¹⁹⁾. Sin embargo, para que las acciones en salud sean bien sucedidas, las condiciones de vida, las limitaciones estructurales de las presiones y las fragilidades de los servicios de salud necesitan ser revistas y mejoradas⁽²⁻²⁰⁾.

Sin embargo, otro estudio⁽²⁾, realizado en cinco prisiones del Sistema Prisional de dos municipios del Pará, enfatizó que la persona privada de libertad es capaz de entender su condición y ultrapasar las dificultades para el alcance de la cura de la enfermedad. Los investigadores revelan que, mismo que las acciones de salud estén en los espacios de la prisión, el tratamiento recibido en las prisiones es de calidad inferior al ofrecido aquellos que están fuera del confinamiento.

Aunque de la mayoría de los respondientes ya haber oído hablar sobre la TB, es importante destacar que a todos les gustaría de tener más informaciones sobre la enfermedad. Eso demuestra la necesidad de conocimiento más específicas. Entre los medios de informaciones más reportado, están: folletos, periódicos, revistas, televisión, radio e *internet*, como también conferencias y entrenamientos, realizados, principalmente, por los profesionales de salud.

En ese sentido, la necesidad de las personas y su capacidad de buscar cuidado en salud son compuestas por el comportamiento individual, influenciado por la cultura, por las creencias y por las religiones, configurando una práctica ostentosa a ser realizada por los profesionales de salud. El atendimento ofrecido, en la mayoría de las veces, no es satisfactorio, porque la expectativa de los pacientes va más allá de la dimensión biológica de la enfermedad. Hay una necesidad primordial de establecer vínculos, teniendo en vista que este estudio reveló la discriminación que los entrevistados sufren en relación a la TB. Lo que

denota la importancia de la calificación de los profesionales al establecer un compromiso y un relacionamiento con los pacientes⁽¹⁵⁾.

Siendo así, la evaluación en salud y el reconocimiento de las necesidades transforman la comunicación entre profesional de salud y el paciente en una estrategia de cambio de informaciones, donde la seguridad de las personas enfermas es relevante, y los cuestionamientos y las informaciones son cambiadas de forma favorable, habiendo proceso de educación y promoviendo el autocuidado a partir del conocimiento de determinados asuntos. Los folletos impresos, recomendados por los entrevistados, son un método educativo que se basa en la intención de la solución de problemas reconocidos por medio de acciones del equipo de salud y que favorecen el desarrollo de habilidades para la tomada de decisión⁽²⁰⁾.

Estudios^(9,17,20) apuntan la educación en salud como un nivel para difundir el conocimiento y desarrollar el autocuidado, la autonomía en la población y la consciencia crítica y participativa de su condición de vida y de salud en la comunidad en que está insertado – atributos de los profesionales de la atención primaria –, ampliando la defensa de una mejor calidad de vida.

CONCLUSIÓN

Los resultados muestran que los familiares de presos en estudio poseen poco conocimiento sobre tuberculosis y que no existe asociación entre conocimiento sobre la enfermedad y condiciones sociodemográficas de salud, actitudes y comportamientos. Solamente fue observada asociación entre el poco conocimiento y el hecho de no haber recibido informaciones sobre la enfermedad.

Aunque de la mayoría ya ha recibido informaciones pertinentes a la TB, una parcela

significativa de ellos les gustaría recibir más informaciones, especialmente de los profesionales de salud, construyendo estrategias y acciones, principalmente para la educación en salud, en la elaboración de materiales educativos, de forma adecuada y de acuerdo con la necesidad de la población, garantizando la oferta de los servicios de salud.

Se destaca la importancia de la atención ofrecida por los profesionales, en especial del equipo de enfermería, en realizar la asistencia de forma más sensible, enfatizando el relacionamiento y el establecimiento de vínculos entre los participantes. Con eso, se garantizaría la real comprensión de las necesidades, apoyados en los resultados de ese estudio, en que la discriminación de la enfermedad y el conocimiento inadecuado pueden interferir en un diagnóstico precoz y en el tratamiento más efectivo.

El instrumento utilizado se mostró eficaz en evaluar el conocimiento anterior sobre al TB entre los familiares de presidiarios. Sin embargo, se limitó en establecer la veracidad de las respuestas, teniendo en vista la pluralidad del concepto de conocimiento. En contrapartida, el estudio se mostró importante en evidenciar la necesidad de la asistencia preventiva, principalmente por la vulnerabilidad del ambiente en que los entrevistados están insertados.

Además, Hay que destacar la importancia de reconocer las necesidades educativas de la población, en que las gestiones de las acciones son realizadas a partir de la escucha, de la definición del problema y de la realización del plano de acción, de forma conjunta. La educación en salud es una estrategia preventiva e intervencionista, que refuerza el conocimiento, la autonomía, el autocuidado y la comprensión del proceso salud-enfermedad y de la calidad de vida en los diferentes niveles de cuidado.

CITAS

1. Valença MS, Scaini JL, Abileira FS, Gonçalves CV, Von Groll A, Silva PE. Prevalence of tuberculosis in prisons: risk factors and molecular epidemiology. *Int J Tuberc Lung Dis* 2015; 19(10):1182-1187.
2. Santos MNA, Sá AMM. Viver com tuberculose em prisões: o desafio de curar-se. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(4): 854-861.
3. BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Sistema Nacional de Informação Penitenciária (INFOPEN). Dados Consolidados, 2014. [cited 2015 Aug 23]. Available from: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2015/11/080f04f01d5b0efebfbcf06d050dca34.pdf>
4. Freitas IM, Popolin MP, Touse MM, Yamamura M, Rodrigues LBB, Neto MS, Crispim JA, Arcêncio RA. Fatores associados ao conhecimento sobre a tuberculose e atitudes das famílias de pacientes com a doença em Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(2): 326-340.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [cited 2015 Jun 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html
6. Junior SF, Oliveira HB, Léon LM. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(1): 100-113.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2.ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. [cited 2015 Jul 02]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_tuberculose11.pdf
8. Rocha GSS, Lima MG, Moreira JL, Ribeiro KC, Ceccato MGB, Carvalho WS, Silveira MR. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento di retamente observado. *Cad Saúde Pública*, 2015; 31(7): 1483-1496.
9. Paul S, Akter R, Aftab A, Khan AM, Barua M, Islam S, et al. Knowledge and attitude of key community members towards tuberculosis: Mixed method study from BRAC TB control areas in Bangladesh. *BMC Public Health* 2015 [cited 2016 Dec 21]; 15(52): 1-8. Available from: <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1390-5>
10. Tolossa D, Medhin G, Legesse M. Community knowledge, attitude, and practices towards tuberculosis in Shinile town, Somali regional state, eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2014 [cited 2015 Jul 21]; 14(804): 1-13.. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133079/pdf/12889_2014_Article_6923.pdf
11. Paul S, Akter R, Aftab A, Khan AM, Islan S, Islan A, et al. Knowledge and attitude of key community members towards tuberculosis: mixed method study from BRAC TB control areas in Bangladesh. *BMC Public Health*, 2015 [cited 2015 Jul 12]; 15(52): 1-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1390-5>.
12. Beraldo AA, Arakawa T, Pinto ESG, Andrade RLA, Wysocki AD, Sobrinho RAS, Scatolin BE, Orfão NH, Ponce MAS, Monroe AA, Scatena LM, Villa TCS. Atraso na busca por serviços de saúde para o diagnóstico de tuberculose em Ribeirão Preto (SP). *Ciêns Saúde Colet*. 2012; 17(11): 3079-3086.
13. Michel L, Lions C, Malderen SV, Schiltz J, Vanderplasschen W, Holm K, et al. Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern. *BMC Public Health*, 2015 [cited 2015 Aug 10]; 15(1093): 1-12. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12889-015-2421-y.pdf>
14. Orfão NH, Andrade RLP, Beraldo AA, Brunello MEF, Scatena LM, Villa TCS. Adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose em um município do estado de São Paulo. *Cienc Cuid Saude* 2015 Out/Dez [cited 2016 Dec 16]; 14(4):1453-1461. Available from: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/25093/16532>
15. Hatzenbuehler ML, Keyes K, Hamilton A, Uddin M, Galea S. The Collateral Damage of Mass Incarceration: Risk of Psychiatric Morbidity Among Nonincarcerated Residents of High-Incarceration

- Neighborhoods. *Am J Public Health* 2015; 105(1):138-143.
16. Neves LAS, Canini SRM, Reis RK, Santos CB, Gir E. Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. *Rev Esc Enferm USP*, 2012; 46(3):704-10.
 17. Herrero MB, Ramos S, Arrossi S. Determinants of nonadherence to tuberculosis treatment in Argentina: barriers related to access to treatment. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Abr/Jun; 18(2): 287-298.
 18. Wysocki AD, Ponce MAS, Scatolin BE, Andrade RLA, Vendramini SHF, Netto AR, Villa TCS. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*, 2013; 47(2): 440-447.
 19. Santos M, França P, Sanchez A, Lourozé B. Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões. Departamento Penitenciário Nacional, 2012. [cited 2015 Sep 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_intervencoes_ambientais_controle_tuberculose_prisoas.pdf
 20. Nascimento EA, Tarcia RML, Magalhães LP, Soares MAL, Suriano MAF, Domenico EBL. Folhetos educativos em saúde: estudo de recepção. *Rev Esc Enferm USP*, 2015; 49(3): 435-442.
 21. IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (2016) Caderno Estatístico do Estado do Paraná. Curitiba, IPARDES. 45p

Contribución de los autores en la investigación:

Anderson da Silva Rêgo: contribución científica e intelectual eficaz para el estudio; diseño; adquisición de datos; interpretación de datos; la preparación del manuscrito; redacción del manuscrito.

Elza Monteiro da Silva: contribución científica e intelectual eficaz para el estudio; diseño; adquisición de datos; interpretación de datos; la preparación del manuscrito; redacción del manuscrito.

Sonia Silva Marcon: contribución científica e intelectual eficaz para el estudio; concepción y diseño; análisis e interpretación de datos; la preparación del manuscrito; redacción del manuscrito; revisión crítica del manuscrito; aprobación final.

Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic: contribución científica e intelectual eficaz para el estudio; análisis e interpretación de datos; la preparación del manuscrito; redacción del manuscrito; revisión crítica del manuscrito; aprobación final.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 15/12/2016
Revisado: 31/01/2017
Aprobado: 02/02/2017