



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Conhecimento e atitudes dos familiares de presidiários acerca da tuberculose: estudo descritivo

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

¹ Universidade Estadual de Maringá

² Universidade do Oeste Paulista

RESUMO

Objetivo: avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas de familiares de indivíduos privados de liberdade acerca da tuberculose e avaliar a associação entre o conhecimento e as características sociodemográficas dessa população. **Método:** estudo transversal descritivo envolvendo 95 familiares de indivíduos privados de liberdade. A coleta de dados foi realizada em junho e julho de 2015, em uma Delegacia de Polícia Civil do Paraná. **Resultados:** a maioria dos entrevistados (86%) referiu ter ouvido falar sobre a tuberculose, e 71% demonstrou ter pouco conhecimento sobre a doença. Não foi observada associação entre conhecimento e condições sociodemográficas e de saúde. Os participantes alegaram sentimentos de medo e vergonha no caso de contágio da doença e desejo de receber mais informações sobre a tuberculose. **Conclusão:** os resultados reforçam a necessidade de intervenções educativas para a população avaliada.

Descritores: Tuberculose; Educação em Saúde; Prisões; Famílias; Enfermagem em Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) representa um grave problema de saúde pública, em âmbito mundial, sendo a responsável por cerca de quatro mil óbitos por ano no Brasil. Destaca-se que, apesar dos avanços tecnológicos e das políticas estratégicas de saúde, que visam reduzir e controlar os números de casos, não houve redução nas taxas de incidência da doença, sendo os ambientes fechados, escuros e pouco ventilados, características dos ambientes prisionais do Brasil e do mundo, os locais mais suscetíveis ao contágio da TB⁽¹⁻²⁾.

Até o final de 2014, a população carcerária no Brasil era de 607.731 detentos, para um total de 376.669 vagas, com uma taxa de ocupação de 161%. No Paraná, o número de detentos é de 28.702, com taxa de ocupação de 149%⁽³⁾. Salienta-se que o número de detentos por cadeia pública é bem maior do que as vagas existentes e disponíveis. Esse fato, associado à falta de ventilação e de higiene, à luminosidade ineficaz e ao serviço para assistência à saúde inadequado, proporciona um ambiente potencialmente favorável à transmissão da TB, denunciando a importância do diagnóstico precoce e da discussão sobre formas de transmissão da doença, especialmente nesse contexto⁽²⁾.

Em vista disso, faz-se necessário considerar a exposição não só dos detentos como também dos familiares que os visitam rotineiramente. Desse modo, torna-se importante avaliar o conhecimento e o comportamento dos familiares diante da TB, como esse conhecimento sobre a doença é difundido na comunidade, identificando fatores que interferem na maneira como cada indivíduo busca apoio e cuidado à saúde, e como tais indivíduos aderem às ações em saúde propostas pelos programas de saúde pública^(2,4).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) regula-se por objetivos

similares ao do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, considera a redução e o manejo dos agravos à saúde do presidiário por meio do desenvolvimento de ações de promoção, recuperação e prevenção de doenças, como também o acesso integral às redes de atenção à saúde. O PNAISP propõe a expansão dessas ações aos trabalhadores do sistema prisional, à família e às demais pessoas que mantêm vínculo com o apenado. Não obstante, um estudo relata a incidência contínua de novos casos de TB em penitenciárias, o que eleva as chances de propagação e de transmissão da doença para a população em geral⁽¹⁻⁵⁾.

Nesse sentido, entende-se que a avaliação do conhecimento, as atitudes e as práticas dos familiares de presidiários podem proporcionar o reconhecimento dessa parcela da população, os quais não são assistidos pelos profissionais da área da saúde, atuantes no sistema penitenciário, que direcionam o cuidado ao indivíduo privado de liberdade. Uma vez que a presença dos familiares das pessoas em regime fechado é uma rotina semanal, essa população também necessita ser considerada nas ações e nas condutas profissionais que são adotadas.

Diante do exposto, definiu-se como objetivo do estudo identificar o conhecimento, as atitudes e as práticas de familiares de indivíduos encarcerados sobre a TB e avaliar a associação entre o conhecimento e as características socio-demográficas dessa população. Com isso, objetivou-se que possíveis lacunas no conhecimento sobre a TB sejam identificadas e que contribuições para o planejamento de ações e condutas sejam criadas e aperfeiçoadas para o controle da doença e a diminuição de novos casos.

MÉTODO

Estudo transversal, de natureza descritiva, realizado com familiares de presidiários da

Delegacia de Polícia Civil de Sarandi – PR. Esse município, com cerca de 80 mil habitantes, está localizado no noroeste do estado do Paraná, Brasil. É o município mais populoso da Região Metropolitana de Maringá e também o que apresenta maiores índices de violência ⁽²¹⁾. A delegacia em estudo tem capacidade para 49 presos, mas, à época da coleta de dados, contava com 150. A escolha desse local se deve ao fato de que em outras ocasiões foram diagnosticados casos de TB entre os detentos.

A visita aos presidiários é realizada uma vez por semana, durante o período da manhã, sendo que cada preso só pode receber uma visita por vez. Nos dias de visitas, familiares e amigos chegam de madrugada e aguardam em fila, por ordem de chegada, os horários da revista, que iniciam às 8h30.

Para a definição do tamanho amostral, considerou-se o número de presidiários (150), a prevalência de conhecimento sobre TB de 50%, erro de estimativa de 5% e confiabilidade da amostra de 95%, acrescidos de 10% para possíveis perdas, resultando em uma amostra mínima de 91 participantes. Os critérios de inclusão adotados foram: possuir parentesco familiar com o presidiário e idade mínima de 18 anos. Nenhum critério de exclusão foi adotado.

Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2015, enquanto os visitantes aguardavam o horário da vistoria. Os participantes do estudo foram abordados no período das 5h às 8h30 da manhã, ocasião em que eram informados sobre os objetivos do estudo e convidados a participarem dele. Em caso de concordância, a entrevista era realizada a céu aberto e com certo distanciamento da “fila”, de modo a garantir um mínimo de privacidade.

Durante a coleta de dados, foi aplicado um instrumento utilizado em um estudo nacional com presidiários e profissionais ⁽⁶⁾, intitulado *CAP (Conhecimento, Atitudes e Práticas)*, o qual é cons-

tituído por 40 questões distribuídas em cinco blocos temáticos: I - Características sociodemográficas; II - Conhecimento da TB; III - Atitudes e comportamentos sobre a TB; IV - Consciência e informação sobre a TB; e V - Conhecimento do HIV/Aids.

O referido instrumento foi adaptado para o presente estudo da seguinte forma: alteradas as questões relacionadas às características sociodemográficas, de modo que fossem adequadas aos familiares; excluídas as questões do último bloco, e acrescentadas cinco questões que visavam verificar se o familiar tinha conhecimento de casos de TB entre os presidiários, se haviam recebido orientações sobre cuidados necessários para a prevenção da doença, de modo geral e durante as visitas, e se lhes foi fornecido algum material/equipamento de proteção para ser usado durante as visitas. Destaca-se que nem todas as questões do instrumento adaptado estão sendo utilizadas nesta comunicação.

Os dados foram tabulados duplamente no programa *Microsoft Office Excel* 2013, seguido de correções evitando a inconsistência dos dados. O processamento e a análise deram-se por meio do programa SPSS, versão 20.0.

O conhecimento sobre a doença foi medido a partir da avaliação das respostas às questões do bloco II, que abordavam sinais e sintomas da doença e modos de prevenção, transmissão e cura da TB. Essas questões permitiam mais de uma resposta. A avaliação das respostas foi feita por comparação com informações contidas no Manual da Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde ⁽⁷⁾. O nível de conhecimento foi estabelecido a partir da somatória do número de questões com respostas corretas. Foi considerado que o indivíduo tinha conhecimento quando apresentou 60% ou mais de acertos; e quando o resultado era inferior a 60% considerou-se que tinha pouco conhecimento, conforme já utilizado por outro estudo ⁽⁴⁾.

Para tratamento das variáveis, foi verificada a associação entre conhecimento e dados sociodemográficos e de saúde e também com o modo como gostariam de receber informações referentes à doença, por meio do teste qui-quadrado. Para analisar a variância entre atitudes e comportamentos e o nível de conhecimento sobre TB, foi realizado o teste Mann-Whitney. Para todos os testes, considerou-se a presença de associação significativa quando $p < 0,05$.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela resolução n.º 466/2012, e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (UEM) (parecer de n.º 1.113.764), do município de Maringá – PR. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

RESULTADOS

Participaram do estudo 95 familiares, sendo que a maioria era do sexo feminino (97,9%), de cor branca (77,9%), com idade entre 19 e 39 anos (61,1%) e, no máximo, com oito anos de estudo (61%). A maioria relatou já ter recebido informações referentes à TB (86,3%), sendo que em mais da metade dos casos essas informações foram prestadas por profissionais de saúde (56%).

Nenhum dos entrevistados relatou já ter realizado tratamento para TB, porém, alguns relataram ter tosse com catarro há mais de duas semanas (26,2%). Quanto ao conhecimento sobre TB, a maioria relatou alguns sintomas que não são característicos da doença em maior frequência, contudo, sintomas clássicos da TB, como tosse por mais de duas semanas e tosse seca, foram referidos por uma minoria dos sujeitos de estudo (Tabela 1).

Tabela 1: Conhecimento de familiares de presidiários sobre TB. Delegacia de Polícia de Sarandi, PR, 2015.

	n	%
Opinião sobre TB		
Grave	44	46,3
Muito grave	38	40,0
Não sabe	10	10,5
Não é grave	3	3,2
Sintomas da TB**		
Cansaço	66	69,5
Falta de apetite*	62	65,3
Dor no peito	60	63,2
Febre*	59	62,1
Perda de peso*	58	61,1
Falta de ar	58	61,1
Febre sem causa por mais de sete dias*	53	55,8
Dor de cabeça	44	46,3
Tosse com sangue*	39	41,1
Tosse com catarro*	37	38,9
Suor noturno*	32	33,7
Tosse há mais de duas semanas*	28	29,5
Náuseas	19	20,0
Tosse seca*	15	15,8

*Respostas corretas.

**Questões que permitem mais de uma resposta.

As respostas referentes às formas de contágio e à prevenção da doença demonstram que uma parcela considerável dos sujeitos em estudo possui noção de como a doença é transmitida e de como ela pode ser evitada. Entretanto, o número de indivíduos que assinalou respostas incorretas também é considerável, conforme observado na Tabela 2.

Tabela 2: Conhecimento de familiares de presidiários sobre TB. Delegacia de Polícia de Sarandi, PR, 2015.

	n	%
Como se pega TB**		
Contato com o doente*	80	84,2
Através do ar*	79	83,2
Compartilhando pratos e talheres	63	66,3
Comendo no mesmo prato	63	66,3
Pela saliva	56	58,9
Banho frio/chão gelado	55	57,9
Compartilhando cigarros	47	49,5
Tocando em maçanetas	24	25,3
Por meio de aperto de mão	8	8,4

Como a pessoa pode se prevenir da TB**

Evitar lugar fechado/não ventilado*	68	71,6
Evitar o doente com TB*	62	65,3
Isolar o doente/usar máscara*	61	64,2
Medicação	57	60,0
Evitar compartilhar cigarros	54	56,8
Lavar as mãos, boa higiene*	54	56,8
Evitar o frio	53	55,8
Alimentar-se bem*	47	49,5
Orar/rezar	47	49,5
Cobrir a boca ao tossir ou respirar*	46	48,4
Evitar compartilhar pratos e talheres	39	41,1
Evitar cumprimentar com as mãos	18	18,9
Fechar janelas	17	17,9

*Respostas corretas.

**Questões que permitem mais de uma resposta.

Quanto à suscetibilidade para o contágio, mais da metade dos indivíduos declararam que qualquer pessoa (65,3%) pode ser contagiada com a doença, porém, a maioria disse que os fumantes (83,2%) e os presidiários (66,3%) são mais vulneráveis. Na avaliação geral do conhecimento sobre a doença, constatou-se que 75,8% dos entrevistados possuem pouco conhecimento.

Referente ao comportamento em saúde, 91,6% dos entrevistados afirmou que procurariam uma Unidade Básica de Saúde (UBS), para consulta médica, caso apresentassem sinais e sintomas da TB, e 59% declararam que busca-

Tabela 3: Atitudes e comportamento referidos como possíveis por familiares de presidiários em caso de contágio por TB. Delegacia de Polícia de Sarandi, PR, 2015

Atitudes e Comportamentos	Pouco Conhecimento	Conhecimento	p
	Média±DP (n= 72)	Média±DP (n = 23)	
Sentimentos de medo	2,26±1,35	2,48±1,47	0,517
Sentimentos de vergonha	1,61±0,74	1,48±0,84	0,471
Procuraria UBS	0,89±0,31	1,0±0,37	0,975
Tratamento próprio/farmácia	1,54±0,58	1,74±0,81	0,284
Apoio religioso	1,61±0,49	1,83±0,38	0,589

Teste U Mann-Whitney

DP: desvio padrão.

Tabela 4: Associação das características sociodemográficas e orientações recebidas por familiares de presidiários sobre tb. Delegacia de Polícia de Sarandi, PR, 2015.

	Conhecimento				p
	Sim	%	Pouco	%	
Idade					
18-39 anos	13	13,7	45	47,4	0,546
≥ 40 anos	10	10,5	27	28,4	
Raça/Cor					
Branco	17	17,9	57	60	0,79
Não branco	6	6,3	15	15,8	
Sexo					
Feminino	23	24,2	70	73,7	0,442
Masculino	0		2	2,1	
Anos de Estudos					
0 a 8	14	14,7	44	46,3	0,156
≥ 9	9	9,5	28	29,5	
Recebeu alguma orientação sobre TB					
Sim	23	24,2	59	62,1	0,014
Não	0		13	13,7	

Teste Qui-quadrado.

riam soluções em farmácias ou um tratamento próprio, com medicamentos e plantas medicinais. Não houve variação estatisticamente significativa entre as atitudes e os comportamentos associados ao nível de conhecimento sobre a TB (Tabela 3).

Na Tabela 4, observa-se que não houve associação estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre TB e as características sociodemográficas. Contudo, observou-se associação significativa entre não ter recebido informação sobre a doença e o pouco conhecimento sobre ela.

Mais da metade dos participantes (54,7%) consideraram que possuíam informações sobre TB, no entanto, todos relataram que gostariam de receber mais informações, principalmente dos profissionais de saúde (100%), seguida de folhetos, cartazes e outros impressos (57,9%), de jornais e revistas (49,5%) e pela *internet* (32,6%).

Na Tabela 5, observa-se associação estatisticamente significativa entre pouco conhecimento sobre TB e o desejo de obter mais informações a partir de conversa entre familiares, amigos e em espaços religiosos ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados demonstrou ter pouco conhecimento sobre TB quanto à sua forma de contágio, aos sinais e sintomas, à prevenção e ao tratamento. Desse modo, tal fato corrobora os resultados obtidos em estudos nacionais e internacionais realizados com trabalhadores de sistemas carcerários e de saúde, indivíduos privados de liberdade⁽⁶⁾, familiares de pessoas em tratamento da TB⁽⁸⁾ e com a comunidade em geral^(9,11), os quais reforçam a necessidade da educação em saúde. Isso indica a necessidade de intervenção capaz de mudar o perfil epidemiológico de doenças, especialmente as transmissíveis. As informações adequadas sobre a TB necessitam ser difundidas e compreendidas por toda a população.

Os achados demonstram que 86% dos entrevistados já receberam informações sobre a doença, no entanto, os resultados deste estudo apontam que 75,8% possuem pouco conhecimento sobre TB. É importante destacar que 61% da população em estudo possuem no máximo oito anos de estudo. As desigualdades sociais

Tabela 5: Consciência de familiares de presidiários e informações recebidas sobre tuberculose. Delegacia de Polícia de Sarandi, PR, 2015.

Fontes de informações sobre TB	Total		Pouco Conhecimento		Conhecimento		p
	n	%	n	%	n	%	
Profissionais da Saúde	95	100	72	75,8	23	24,2	-
Folhetos, cartazes e outros impressos	55	57,9	45	14,7	10	13,3	0,100
Jornais e revistas	47	49,5	36	35,6	11	11,4	0,850
Internet	31	32,6	22	23,5	9	7,5	0,440
Escolas	23	24,2	16	16,8	7	7,3	0,420
Conversa entre familiares e amigos	23	24,2	22	23,5	1	1,0	0,028
Rádio	23	24,2	18	17,4	5	5,6	0,750
Televisão	23	24,2	18	17,4	5	5,6	0,750
Espaços religiosos	15	11,4	15	11,4	-	-	0,012

Teste Qui-quadrado.

constituem um grande problema no âmbito da saúde pública, pois muitas doenças, e de forma especial a TB, têm suas causas, tratamento e prognóstico relacionados às condições de vida, no âmbito social e econômico da população⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Destaca-se que, embora não tenha sido identificada associação entre conhecimento sobre a doença e características sociodemográficas, observou-se a existência de associação entre não ter recebido quaisquer informações sobre a doença e o pouco conhecimento sobre ela.

Nessa direção, chama a atenção o fato de 61% dos entrevistados terem relatado presença de tosse persistente há mais de duas semanas, sintoma característico da TB, e 60% destes possuem pouco conhecimento sobre a doença. Entende-se que o diagnóstico tardio da TB ainda é um problema a ser enfrentado, tendo em vista que o comportamento dos indivíduos e a oferta dos serviços em saúde determinam o período de busca por atendimento à saúde⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O tempo para o diagnóstico de TB foi retratado em um estudo realizado em Ribeirão Preto⁽¹²⁾, no qual foi demonstrado que o atraso na busca de serviços de saúde para o diagnóstico da TB estava relacionado ao conhecimento adequado sobre a doença. No mesmo estudo, evidenciou-se que 58% dos participantes procurariam os serviços de saúde diante de sinais e sintomas relacionados com a TB, e grande parte dos entrevistados desse estudo possuíam pouco conhecimento sobre a doença. Essas diferenças entre os resultados do estudo realizado em Ribeirão Preto e os deste estudo podem justificar os resultados da análise do conhecimento e das características sociodemográficas desta pesquisa, na qual não houve diferenças estatisticamente significativas.

O fato da maioria dos participantes assinalarem que sentiriam medo e vergonha em caso de contágio por TB constitui um aspecto importante a ser considerado pelos profissio-

nais de saúde, pois sentimentos dessa natureza dificultam a adesão ao tratamento. Isso ocorre devido ao receio de discriminação por parte de amigos e familiares, e também por desconhecimento sobre a doença e sobre a grande probabilidade de cura, quando o tratamento é seguido corretamente. O estigma da doença decorrente do seu conhecimento pode ser trabalhado pelos profissionais de saúde por meio de informações adequadas, associadas à oferta e à melhoria do acesso aos serviços de saúde^(4,6,15).

A busca de apoio religioso foi referida pelos participantes como meio de evitar o contágio e também para obter a cura da doença. Um estudo⁽¹⁶⁾ realizado no estado de São Paulo revelou que o apoio religioso era justificado a partir do sentimento de incapacidade das pessoas adoecidas em realizar as atividades cotidianas, que lhes eram habituais antes de ficarem doentes.

Em relação às atitudes, os entrevistados afirmaram que fariam tratamento por conta própria, com uso de medicamentos e plantas medicinais. Essa atitude seria tomada não somente em relação ao adoecimento por TB, mas para qualquer outra situação de enfermidade. Isso configura que o processo de adoecimento e a forma com que se busca cuidados de saúde são diretamente influenciados por fatores distintos, como a cultura, a religião e a condição socioeconômica, demonstrando a necessidade de os serviços de saúde disporem de uma assistência mais integral à população, além da garantia do acesso às ações de saúde ofertadas^(14,15).

É necessário destacar que os entrevistados declararam que qualquer pessoa pode pegar TB, contudo, acreditam que os fumantes e os privados de liberdade são mais susceptíveis a adquirir a doença, devido à vulnerabilidade social e de saúde. Em um estudo⁽¹⁸⁾ realizado no interior de São Paulo, os resultados alertaram sobre a possibilidade de equívoco entre os sintomas da TB e de outra doença, com gravidade ou não.

Isso porque os fumantes são mais propícios às mesmas sintomatologias da TB, como tosse e falta de ar. O estudo enfatizou, ainda, ser essencial a assistência rigorosa dos profissionais de saúde para detectar os sintomáticos suspeitos e acelerar o processo de avaliação do quadro clínico e do tratamento ⁽¹⁸⁾.

O fato de acreditarem que indivíduos privados de liberdade são mais susceptíveis a doenças provavelmente está ligado à divulgação de casos suspeitos e confirmados de TB pela administração da delegacia, local onde foi realizado o estudo, no final de 2014 e início de 2015. Em âmbito nacional, a probabilidade de contágio da doença no ambiente prisional é, em média, 27 vezes maior do que em outros ambientes ⁽²⁾.

Mesmo que o ambiente prisional contribua para o maior risco de contágio, há também a oportunidade de diagnóstico e tratamento, o que trará benefícios à saúde não só do detento, mas também dos profissionais do sistema prisional, dos familiares e da comunidade em que o detento voltará a ter convívio ⁽³⁻¹⁹⁾. Porém, para que as ações em saúde sejam bem sucedidas, as condições de vida, as limitações estruturais dos presídios e as fragilidades dos serviços de saúde necessitam serem revistas e melhoradas ⁽²⁻²⁰⁾.

Entretanto, outro estudo ⁽²⁾, realizado em cinco prisões do Sistema Penitenciário de dois municípios do Pará, enfatizou que a pessoa privada de liberdade é capaz de entender a sua condição e ultrapassar as dificuldades para o alcance da cura da doença. Os pesquisadores revelam que, mesmo que as ações de saúde estejam nos espaços prisionais, o tratamento recebido nas prisões é de qualidade inferior ao oferecido àqueles que estão fora do confinamento.

Apesar de a maioria dos respondentes já ter ouvido falar sobre a TB, é importante destacar que todos gostariam de ter mais informações sobre a doença. Isso demonstra a necessidade de conhecimento mais específico. Entre os meios

de informações mais relatados, estão: folhetos, jornais, revistas, televisão, rádio e *internet*, como também palestras e treinamentos, realizados, principalmente, pelos profissionais de saúde.

Nesse sentido, a necessidade das pessoas e a sua capacidade de buscar cuidado em saúde são compostas pelo comportamento individual, influenciado pela cultura, pelas crenças e pelas religiões, configurando uma prática ostensiva a ser realizada pelos profissionais de saúde. O atendimento prestado, na maioria das vezes, não é satisfatório, porque a expectativa dos pacientes vai além da dimensão biológica da doença. Há a necessidade primordial de estabelecer vínculos, tendo em vista que este estudo revelou a discriminação que os entrevistados sofrem em relação à TB. O que denota a importância da qualificação dos profissionais ao estabelecerem um compromisso e um relacionamento com os pacientes ⁽¹⁵⁾.

Sendo assim, a avaliação em saúde e o reconhecimento das necessidades transformam a comunicação entre profissional de saúde e o paciente em uma estratégia de troca de informações, onde a segurança das pessoas adoecidas torna-se relevante, e os questionamentos e as informações são trocadas de forma favorável, havendo processo de educação e promovendo o autocuidado a partir do conhecimento de determinados assuntos. Os folhetos impressos, recomendados pelos entrevistados, são um método educativo que se baseia no intuito de resolutividade de problemas reconhecidos por meio de ações da equipe de saúde e que favorecem o desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisão ⁽²⁰⁾.

Estudos ^(9,17,20) apontam a educação em saúde como um patamar para difundir o conhecimento e desenvolver o autocuidado, a autonomia na população e a consciência crítica e participativa da sua condição de vida e de saúde na comunidade em que está inserido – atributos

dos profissionais da atenção primária –, ampliando a defesa de uma melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Os resultados mostram que os familiares de presidiários em estudo possuem pouco conhecimento sobre tuberculose e que não existe associação entre conhecimento sobre a doença e condições sociodemográficas de saúde, atitudes e comportamentos. Só foi observada associação entre o pouco conhecimento e o fato de não ter recebido informações sobre a doença.

Apesar de a maioria já ter recebido informações pertinentes à TB, uma parcela significativa deles gostaria de receber mais informações, especialmente dos profissionais de saúde, construindo estratégias e ações, principalmente para a educação em saúde, na elaboração de materiais educativos, de forma adequada e de acordo com a necessidade da população, garantindo a oferta dos serviços de saúde.

Destaca-se a importância da atenção prestada pelos profissionais, em especial da equipe de enfermagem, em realizar a assistência de forma mais sensível, enfatizando o relacionamento e o estabelecimento de vínculos entre os participantes. Com isso, garantir-se-ia a real compreensão das necessidades, apoiados nos resultados desse estudo, em que a discriminação da doença e o conhecimento inadequado podem interferir em um diagnóstico precoce e no tratamento mais efetivo.

O instrumento utilizado mostrou-se eficaz em avaliar o conhecimento prévio sobre a TB entre os familiares de presidiários. Porém, limitou-se em estabelecer a veracidade das respostas, tendo em vista a pluralidade do conceito de conhecimento. Em contrapartida, o estudo mostrou-se importante em evidenciar a necessidade da assistência preventiva, principalmente

pela vulnerabilidade do ambiente em que os entrevistados então inseridos.

Ademais, ressalta-se a importância de reconhecer as necessidades educativas da população, em que os manejos das ações são realizados a partir da escuta, da definição do problema e da realização do plano de ação, de forma conjunta. A educação em saúde é uma estratégia preventiva e intervencionista, que reforça o conhecimento, a autonomia, o autocuidado e a compreensão do processo saúde-doença e da qualidade de vida nos diferentes níveis de cuidado.

REFERÊNCIAS

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 diretamente 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://bmcpubhealth.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 vidados 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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_intervencoes_ambientais_controle_tuberculose_prisoes.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

Contribuição dos autores na pesquisa:

Anderson da Silva Rêgo: contribuição científica e intelectual efetiva para o estudo; concepção; aquisição dos dados; interpretação dos dados; preparação do manuscrito; redação do manuscrito.

Elza Monteiro da Silva: contribuição científica e intelectual efetiva para o estudo; concepção; aquisição dos dados; interpretação dos dados; preparação do manuscrito; redação do manuscrito.

Sonia Silva Marcon: contribuição científica e intelectual efetiva para o estudo; concepção e delineamento; análise e interpretação dos dados; preparação do manuscrito; redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito; aprovação final.

Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic: contribuição científica e intelectual efetiva para o estudo; análise e interpretação dos dados; preparação do manuscrito; redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito; aprovação final.

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglios sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 15/12/2016

Revisado: 31/01/2017

Aprovado: 02/02/2017