|  |  |
| --- | --- |
| **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL****Fatores de Risco para HCV, HBV, HIV em coinfectados com Tuberculose na população carcerária de Campo Grande - Mato Grosso do Sul**  |  |
| INFORMAÇÕES GERAIS |
| 1. Número do questionário \_\_ \_\_ \_\_ \_\_2. Responsável pela coleta de dados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. Data da coleta de dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_4. Digitador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. Data da digitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_6. Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_7. Presídio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_8. Pavilhão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_9. Identificação da cela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_10. Identificação do participante (Iniciais do Nome): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_11. Sexo: \_\_12. Data de Nascimento: *\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_*13. Cidade/Estados de origem:\_\_\_\_\_\_\_\_14. Qual sua cor ou raça? (1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda15. Estado civil: (1) Casado ou tem companheiro(a) (2) Viúvo(a) (3) Separado(a)/Divorciado(a) (4) Solteiro(a)16. Qual foi a última série escolar que você cursou e foi aprovado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_17. Trabalhava antes de ser preso? Tipo de trabalho?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *1.\_\_\_\_\_\_**2.\_\_\_\_\_\_\_\_**3.\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**4.\_\_\_\_\_\_\_\_**5.\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**7.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**8.\_\_\_\_\_\_**9.\_\_\_\_\_\_**10.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**11.\_\_\_\_\_**12.\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**13.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**14.\_\_\_\_\_\_**15.\_\_\_\_\_\_**16.\_\_\_\_\_\_**17.\_\_\_\_\_\_* |
| **DROGAS** |
| 18. Qual seu peso? \_\_ \_\_ \_\_ 19. Qual sua altura? \_\_ \_\_ \_\_ 20. Você toma alguma medicação? \_\_ **(1) Sim (2) Não. Se não, pular para a questão 22**21. Se sim, especifique qual medicação faz uso? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Histórico de drogas e álcool**22. Você fuma? \_\_ **(1) Sim (2) Não**. **Se não, pular para a questão 25.**23. Sem sim, quantos cigarros você fuma por dia? \_\_ \_\_24. Se sim com que idade começou?\_\_\_\_\_ 25.Você já fumou? (1) Sim (2) Não**Você já usou alguma das seguintes drogas:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Você usou no último ano?**(1) Sim****(2) Não** | Quantas vezes você a usou?**(1) Menos de uma vez na semana****(2) 1-2 vezes na semana****(3) + de 3 vezes na semana****(4) Todos os dias** | Durante:**(1) Dia****(2) Noite****(3) Os dois** | Em:**(1) Dias de semana****(2) Finais de semana****(3) Os dois** | Você usou na prisão?**(1) Sim****(2) Não** |
| Álcool | 26. | 35. | 44. | 53. | 62. |
| Maconha | 27. | 36. | 45. | 54. | 63. |
| Cocaína | 28. | 37. | 46. | 55. | 64. |
| Crack (pedra) | 29. | 38. | 47. | 56. | 65. |
| Fumou heroína | 30. | 39. | 48. | 57. | 66. |
| Cheirou cola/ outros solventes | 31. | 40. | 49. | 58. | 67. |
| Pasta base | 32. | 41. | 50. | 59. | 68. |
| Haxixe | 33. | 42. | 51. | 60. | 69. |
| Injetou alguma droga? Quais:  | 34. | 43. | 52. | 61. | 70. |

 | *18.\_\_\_\_\_**19.\_\_\_\_\_**20.\_\_\_\_\_**21.\_\_\_\_\_**22.\_\_\_\_\_**23.\_\_\_\_\_**24.\_\_\_\_\_**25.\_\_\_\_\_**26.\_\_\_ 27.\_\_\_ 28.\_\_\_**29.\_\_\_ 30.\_\_\_ 31.\_\_\_**32.\_\_\_ 33.\_\_\_ 34.\_\_\_**35.\_\_\_ 36.\_\_\_ 37.\_\_\_**38.\_\_\_ 39.\_\_\_ 40.\_\_\_**41.\_\_\_ 42.\_\_\_ 43.\_\_\_**44.\_\_\_ 45.\_\_\_ 46.\_\_\_**47.\_\_\_ 48.\_\_\_ 49.\_\_\_**50.\_\_\_ 51.\_\_\_ 52.\_\_\_**53.\_\_\_ 54.\_\_\_ 55.\_\_\_**56.\_\_\_ 57.\_\_\_ 58.\_\_\_**59.\_\_\_ 60.\_\_\_ 61.\_\_\_**62.\_\_\_ 63.\_\_\_ 64.\_\_\_* *65.\_\_\_ 66.\_\_\_ 67.\_\_\_**68.\_\_\_ 69.\_\_\_ 70.\_\_\_* |
| TUBERCULOSE |
| **Histórico de sinais e sintomas relacionados a tuberculose**71. Onde estava quando diagnosticado com tuberculose? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 72. Quando foi realizado o último tratamento?\_\_ \_\_ meses.73. Esquema utilizado (o último):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_74. Tempo que usou a medicação (o último): \_\_ \_\_75. Tipo de alta (a última): **\_\_ (1) Cura (2) Abandono (3) em tratamento (4) Não sabe** 76. Você conheceu alguém com TB? \_\_ **(1) Sim (2) Não (3) Não sabe. Se não, vá para a questão 78**77. Você tem contato com essa pessoa? \_\_ **(1) Menos de uma vez na semana (2) 1-2 vezes na semana****(3) + de 3 vezes na semana (4) Todos os dias**78. Há pessoas na sua cela com tosse, febre ou emagreceu? \_\_ **(1) Sim (2) Não** 79. Você tem tosse? **(1) Sim (2) Não. Se não vá para a questão 81.**80. Por quantas semanas? \_\_ \_\_81. Você tem expectoração? \_\_ **(1) Sim (2) Não. Se não vá para a questão 84.**82. Sua expectoração tem sangue? \_\_ **(1) Sim (2) Não**83. Por quantas semanas? \_\_ \_\_84. Você tem febre? \_\_ **(1) Sim (2) Não**85. Você sente falta de apetite? \_\_ **(1) Sim (2) Não**86. Você emagreceu ou está emagrecendo? \_\_ **(1) Sim (2) Não.** 87. Você tem sudorese noturna? \_\_ **(1) Sim (2) Não. Se não vá para a questão 89**88. Por quantas semanas ou dias? \_\_\_89. Você sente dor torácica? \_\_ **(1) Sim (2) Não**90 Você sente dificuldade para respirar? \_\_ **(1) Sim (2) Não**91. Faz quanto tempo que você esta preso? \_\_\_\_\_\_\_92. Já esteve preso antes? (1) Sim (2) Não. Por quanto tempo?\_\_\_\_\_\_93. No total por quanto tempo já esteve preso?\_\_\_\_\_\_94**.**Quanto tempo ficou em liberdade?\_\_\_\_\_\_\_\_\_95 Você foi transferido quantas vezes de presídio? \_\_\_\_\_\_ 96 Em quantas alas diferentes você passou neste presídio?  **\_\_\_**97 Em quantas celas você passou neste presídio?\_\_\_\_\_\_ 98. Qual o tamanho da cela? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_99. Quantas pessoas na sua cela?\_\_\_\_\_\_\_\_100.Você tem a marca da vacina BCG no braço direito? Posso ver? (1) Sim (2) Não | *71.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**72.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**73.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**74.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**75.\_\_\_\_\_**76.\_\_\_\_\_**77.\_\_\_\_\_**78.\_\_\_\_\_**79.\_\_\_\_\_**80.\_\_\_\_\_**81.\_\_\_\_\_**82.\_\_\_\_\_**83.\_\_\_\_\_**84.\_\_\_\_\_**85.\_\_\_\_\_**86.\_\_\_\_\_**87.\_\_\_\_\_**88.\_\_\_\_\_**89.\_\_\_\_\_**90.\_\_\_\_\_**91.\_\_\_\_\_**92.\_\_\_\_\_**93.\_\_\_\_\_**94.\_\_\_\_\_**95.\_\_\_\_\_**96.\_\_\_\_\_**97.\_\_\_\_\_**98.\_\_\_\_\_**99.\_\_\_\_\_**100.\_\_\_\_* |
| **DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS** |
| 101. Você tem ou teve alguma doença sexualmente transmissível? \_\_ **(1) Sim (2) Não (3) Não sabe**102. Qual doença?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Se não vá para a questão 107.**103. Qual o nome da medicação para o tratamento utilizado?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_104. Quantos tratamentos foram realizados? \_\_\_105. Onde foi realizado o tratamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 106. Há quanto tempo foi realizado o último tratamento?\_\_\_\_ meses.107. Você tem HIV, HBV, HCV e/ou Sífilis? \_\_ **(1) Sim (2) Não. Qual? \_\_\_\_\_\_**108.Conhece as formas de transmissão da hepatite B e C? **(1) Sim (2) Não**109. Você fez alguma transfusão sanguínea? \_\_ **(1) Sim (2) Não. Se não, pular para a questão 111**110. Se sim, em que ano?\_\_\_\_\_\_\_\_\_111. Você tem tatuagem? (1) Sim (2) Não. Se sim, quantas? \_\_\_\_\_\_ **Se não, pular para a questão 113**112. Tipo da tatuagem: **\_\_ (1) caseira (2) profissional**113. Você tem piercing? (1) Sim (2) Não. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_114. Trabalha ou já trabalhou como profissional do sexo? (1) Sim (2) Não115. Você tem ou teve corrimento uretral? \_\_ **(1) Sim (2) Não** 116. Você tem ou teve verruga no pênis ou vagina? \_\_ **(1) Sim (2) Não**117. Você tem alguma mancha na região palmar ou plantar?\_\_\_**(1)Sim (2)Não**118. Você tem ferida no pênis ou vagina? \_\_ **(1) Sim (2) Não**119. Você teve relação sexual com parceiro usuário de droga ilícita não-injetável? \_\_  **(1) Sim (2) Não**120. Você teve relação sexual com usuário de droga injetável?  **(1) Sim (2) Não**121. Você teve relação sexual com parceiro com HIV? \_\_  **(1) Sim (2) Não**123. Tem parceiro sexual fixo? \_\_  **(1) Sim (2) Não**124. Se sim, há quantos tempo? \_\_125. Quanto tempo faz que teve a última relação sexual? \_\_\_\_meses126. Qual a quantidade de parceiros no último ano? **\_\_ \_\_**127. Qual sua orientação sexual? \_\_ **(1) homossexual** **(2) heterossexual (3) bi**128. Se for heterossexual, você já teve alguma relação homossexual? \_\_ **(1) Sim (2) Não** 129. Você usa camisinha nas relações sexuais? **\_\_ (1) Sempre (2) Ás vezes (3) Nunca**130. Práticas sexuais frequentes? (1) Oral (2) Vaginal (3) Anal 131. Você já compartilhou seringas/agulhas? \_\_  **(1) Sim (2) Não**132. Você compartilhou objetos para realizar tatuagem, alicate, aparelho de barbear, para uso de droga inalatória? \_\_  **(1) Sim (2) Não**133. Realizou alguma cirurgia? \_\_  **(1) Sim (2) Não. Se não, pular para a questão 135**134. Se sim, em que ano?\_\_\_\_\_\_\_135. Já tomou vacina da hepatite B? \_\_  **(1) Sim (2) Não. Se não, pular para a questão 137.**136. Se sim, quantas doses? \_\_137. Se gestante, qual semana de gestação?\_\_\_\_\_\_\_\_**( ) Não se aplica**138. Realizou o Pré-Natal? **(1) Sim (2) Não ( ) Não se aplica** | *101.\_\_\_\_**102.\_\_\_\_**103.\_\_\_\_**104.\_\_\_\_**105.\_\_\_\_**106.\_\_\_\_**107.\_\_\_\_**108.\_\_\_\_**109.\_\_\_\_**110.\_\_\_\_**111.\_\_\_\_**112.\_\_\_\_**113.\_\_\_\_**114.\_\_\_\_**115.\_\_\_\_**116.\_\_\_\_**117.\_\_\_\_**118.\_\_\_\_**119.\_\_\_\_**120.\_\_\_\_**121.\_\_\_\_**122.\_\_\_\_**123.\_\_\_\_**124.\_\_\_\_**125.\_\_\_\_**126.\_\_\_\_**127.\_\_\_\_**128.\_\_\_\_**129.\_\_\_\_**130.\_\_\_\_**131.\_\_\_\_**132.\_\_\_\_**133.\_\_\_\_**134.\_\_\_\_**135.\_\_\_\_**136.\_\_\_\_**137.\_\_\_\_**138.\_\_\_\_* |
| **EXAMES REALIZADOS** |
| **Prova tuberculínica**139. Realizada em: **\_\_ (1) MSE (2) MSD** 140. Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_h \_\_\_min.**Avaliação:**141. Data da avaliação: \_\_\_/\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_h \_\_\_\_min.142. Resultado: \_\_\_\_\_ mm**Escarro****1ª amostra**143. Colhido: \_\_ **(1) Sim (2) Não**144. Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_h \_\_\_\_min.145. Colhido em jejum: **\_\_ (1) Sim (2) Não**146. Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2ª amostra**147. Colhido: \_\_ **(1) Sim (2) Não**148. Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_h \_\_\_\_min.149. Colhido em jejum: **\_\_ (1) Sim (2) Não**150. Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Cultura**151. Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Bioquímica****152.** AST:\_\_\_\_\_\_\_**153.** ALT:\_\_\_\_\_\_\_**Sorologias**154.Data da coleta de sangue: **\_\_/\_\_/\_\_\_\_**155. HBsAg: \_\_ **(1)Reagente (2) Não-reagente**156. Anti-HBs: \_\_ **(1)Reagente (2) Não-reagente**157. Anti-HBc total: \_\_ **(1)Reagente (2) Não-reagente**158. Anti-HCV: \_\_ **(1)Reagente (2) Não-reagente**159. Anti-HIV 1/ 2: \_\_ **(1)Reagente (2) Não-reagente**160. Anti-Tpallidum\_\_\_\_ **(1) Reagente (2) Não-reagente**161. VDRL\_\_\_\_ **(1)Reagente (2)Não Reagente**162. Título:\_\_\_\_\_ | *139. \_\_**140. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_**141. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_**142. \_\_**143. \_\_**144. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_**145. \_\_**146. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**147. \_\_**148. \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ ­­\_\_\_\_\_\_\_\_**149. \_\_**150. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**151. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**152.\_\_\_\_\_\_\_\_**153.\_\_\_\_\_\_\_\_**154. \_\_/\_\_/\_\_\_\_**155. \_\_**156. \_\_**157. \_\_**158. \_\_**159. \_\_**160. \_\_**161. \_\_**162.\_\_* |