

TUBERCULOSE: DESVENDANDO CONFLITOS PESSOAIS E SOCIAIS

TUBERCULOSIS: UNCOVERING PERSONAL AND SOCIAL CONFLICTS

TUBERCULOSIS: DESVENDANDO CONFLICTOS PERSONALES Y SOCIALES

Francisco de Sales Clementino^I
Marcia Santos Martiniano^{II}
Martha Jerusa de Souza Moraes Clementino^{III}
Jannaína Cardoso de Sousa^{IV}
Emanuella de Castro Marcolino^V
Francisco Arnoldo Nunes de Miranda^{VI}

RESUMO: Adotou-se a abordagem qualitativa, com o objetivo de identificar e analisar as representações sociais acerca do preconceito e estigma, elaboradas por usuários tratados de tuberculose na estratégia de saúde da família. A coleta de dados foi realizada nas unidades básicas de saúde, em Campina Grande – PB, através de uma entrevista semiestruturada, no mês de janeiro de 2009, com 34 usuários, cujo tratamento foi concluído entre abril de 2007 e março de 2008. Os dados foram analisados pelo *software* Alceste 4,5 e pela análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Os resultados apontam barreiras representacionais circundadas em atitudes e crenças relacionadas ao medo do estigma e de discriminação em relação à doença e ao doente de tuberculose. Conclui-se enfatizando a necessidade de respostas intersetoriais capazes de desconstruir culturalmente o estigma e o preconceito aliados ao desconhecimento da doença.

Palavras-chave: Tuberculose; estigma; social; preconceito.

ABSTRACT: A qualitative approach was adopted in order to identify and analyze what social representations of prejudice and stigma are developed by family health strategy users treated for tuberculosis. Data were collected in January 2009 by semi-structured interviews of 34 users whose treatment was completed between April 2007 and March 2008 at primary health care units in Campina Grande, Paraíba State. Data were analyzed using Alceste 4.5 software and thematic content analysis as proposed by Bardin. The results indicate representational barriers resulting from attitudes and beliefs relating to fear of stigma and discrimination against tuberculosis and those with the disease. We conclude by emphasizing the need for intersectoral responses to deconstruct the stigma and prejudices culturally, together with ignorance about the disease.

Keywords: Tuberculosis, stigma, social, prejudice.

RESUMEN: Se adoptó un abordaxe cualitativo, con el objetivo de identificar y analizar las representaciones sociales acerca del prejuicio y estigma, elaboradas por usuarios tratados de tuberculosis en la estrategia de salud de la familia. La recolección de datos fue realizada en las unidades básicas de salud, en Campina Grande – PB – Brasil, a través de una entrevista semiestruturada, en el mes de enero de 2009, con 34 usuarios, cuyo tratamiento fue concluído entre abril de 2007 y marzo de 2008. Los datos fueron analizados por el *software* Alceste 4,5 y por el análisis de contenido temático propuesto por Bardin. Los resultados apuntan barreras representacionales circundadas en actitudes y creencias relacionadas al miedo del estigma y de discriminación en relación a la enfermedad y al enfermo de tuberculosis. Se concluye enfatizando necesidad de respuestas intersectoriales capaces de reconstruir culturalmente el estigma y el prejuicio aliados al desconocimiento de la enfermedad.

Palabras clave: Tuberculosis; estigma; social; prejuicio.

INTRODUÇÃO

O termo tuberculose vem assumindo distintos significados nos diferentes momentos da história. O espírito romântico do século XIX desencadeou um apaixonado fascínio pelo mal, à medida que a febre, a

tosse, a hemoptise e o emagrecimento eram cantados em verso e prosa. A tuberculose foi considerada uma doença da paixão que ceifava a vida de muitos poetas, músicos, filósofos e mundanos célebres¹.

^IEnfermeiro. Professor do Departamento de Enfermagem. Campina Grande, Paraíba, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa: Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em saúde mental e saúde coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: clementinosales@ig.com.br.

^{II}Assistente Social. Rede Estadual e Municipal de Ensino. Ensino Fundamental. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: msmartiniano@ibest.com.br

^{III}Farmacêutica Bioquímica. Secretaria Municipal de Sumé. Coordenação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase. Sumé, Paraíba, Brasil. E-mail: lementinomartha@ig.com.br

^{IV}Enfermeira. Escola Técnica de Enfermagem e Nutrição. Curso Auxiliar e Técnico de Enfermagem. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: jannamonteiro1@hotmail.com

^VAcadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba. Departamento de Enfermagem. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: manu_castro17@hotmail.com.

^{VI}Enfermeiro. Mestre e Doutor em Enfermagem do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: farnoldo@gmail.com.

O ar triste e contemplativo aparecia na maior parte das vezes nos jovens, aqueles que pelo menos em tese deveriam ter toda a vida pela frente. A tuberculose, conhecida naquela época como tísica, era o mal que acometia os que amavam, mas também aqueles que morriam de amor². De acordo com a mitologia da tuberculose, geralmente há alguns sentimentos de paixão que provocavam o ataque da doença ou a sua manifestação proveniente de paixões contrariadas e esperanças frustradas³.

Sob a perspectiva social, a tuberculose emergiu a partir da segunda metade do século XIX, não mais como manifestação física de uma espiritualidade refinada, mas como um sintoma de desordem social devido à persistência e alastramento, particularmente entre as populações menos favorecidas⁴.

No final do século XIX, a morte por tuberculose numa família era estigmatizante, pois a moléstia estava associada a algum obscuro defeito hereditário ou mesmo à pobreza⁵. Essa doença, vista como misteriosa e incurável, era capaz de despertar vários tipos de pavor³.

No início do século XX, a doença tornou-se de maneira indiscutível um problema de caráter social, de ocorrência e propagação estreitamente relacionada às condições de vida e de trabalho resultante da nova organização social trazida pelo processo de industrialização. Essa nova perspectiva resultava dos avanços do conhecimento científico sobre a doença⁶. Contrapunha-se, portanto, ao ponto de vista moral-higienista, sob o qual a tuberculose era considerada uma doença mortal resultante de uma vida dedicada a excessos e, por conseguinte, em desacordo com os padrões socialmente aceitáveis⁷.

Em meados do século XX, quando a eficácia do tratamento quimioterápico da tuberculose ainda não era uma realidade, a doença gerava sentimentos diversos quanto à sua superação, representados de variadas formas, tanto em nível individual quanto coletivo⁵. Naquele período, a incidência da doença no Brasil voltou a ser preocupante tanto pelo recrudescimento da miséria de um enorme contingente da população quanto pelo aumento da resistência bacilar. Deparou-se também, nesse momento, com a sua emergência, em virtude do surgimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) que se constituiu em mais um fator de influência para os índices da tuberculose⁶.

Temeu-se a doença por ser expressão de algo que é socialmente digno de censura, bem como por representar o estágio último de miséria humana. Nesse sentido, persiste, no imaginário social e na relação da sociedade com o doente, o processo de estigmatização da tuberculose e do tuberculoso⁵.

Compreende-se que essa percepção seja de grande valia para o entendimento desse estudo, à medida que integra um corpo de conhecimentos construídos e ela-

borados por usuários tratados de tuberculose a partir do pensamento estigmatizante e preconceituoso inscrito no imaginário social, além de identificar potencialidades e fragilidades no acesso às ações de controle da tuberculose nos serviços da atenção básica.

Este estudo tem como ponto de partida a seguinte questão norteadora: quais as representações sociais dos doentes de tuberculose sobre a doença? Essa perspectiva organizou-se com o objetivo de identificar e analisar as representações elaboradas acerca do preconceito e estigma, por usuários tratados de tuberculose na estratégia saúde da família.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Adotou-se a abordagem qualitativa centrada na expressão da subjetividade dos doentes, na busca de um caminho para se estudar as representações sociais da tuberculose. Como referencial teórico-metodológico elegeu-se a Teoria das Representações Sociais. A teoria moscovicianiana se apresenta como embasamento científico marcado pela capacidade de transformar, à medida que o sujeito ao representar um objeto pode construir e reconstruir a realidade em que vive, assim como constituir-se nela. Essa perspectiva possibilita a compreensão das distintas respostas aos questionamentos emergidos da realidade vivida com o usuário tratado de tuberculose e sua família, além de fornecer subsídios para apoiá-los nas possíveis fragilidades que possam apresentar⁸.

A coleta de dados foi realizada nas unidades básicas de saúde (UBS), em Campina Grande – PB, com 34 usuários atendidos nas mesmas e notificados no banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAM) com diagnóstico de tuberculose pulmonar e extrapulmonar. Elegeram-se como critérios de inclusão os casos de tuberculose com tratamento concluído, relativos às pessoas residentes na área de abrangência do distrito sanitário e cadastradas no Programa de Controle de Tuberculose (PCT). E de exclusão os casos de indivíduos residentes fora do município, os casos notificados como suspeita, porém descartados e, ainda, os casos acompanhados e tratados exclusivamente nos centros de saúde.

Os dados foram coletados em janeiro de 2009, dos seis distritos sanitários de saúde submetidos à estratégia *Directly Observed Therapy Short-Course* (DOTS), com tratamento concluído entre abril de 2007 e março de 2008, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, transcritas e arquivadas conforme Resolução nº 196/1996⁹, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob protocolo n. 0519.0.133.000.06, em 25/11/2008. Para preservação do anonimato, os participantes foram identificados com letra E que corresponde aos entrevistados, seguindo a ordem numérica de participação. As entre-

vistas gravadas foram transcritas e analisadas pelo *software* Alceste 4,5 e pela análise de conteúdo temática de Bardin¹⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das entrevistas foi possível organizar os temas em fundamentalmente cinco categorias temáticas: *Utensílios e objetos – o apartheid começa na família*; *Preconceito – o silêncio como garantia do convívio social*; *Trabalho – espaço de ocultamento necessário*; *Medo – resposta àquilo que não é familiar* e *Família – previsibilidade de um porto seguro*.

Utensílios e objetos: o apartheid começa na família

Essa categoria expressa mudanças sutis vivenciadas pelos usuários na relação com a família, no que diz respeito às atividades cotidianas traduzidas, principalmente pela separação de utensílios domésticos, simbólica e cotidianamente compartilhados por todos, como afirmam os usuários

[...] separaram os copos, colher, as comidas, todo mundo ficava com medo de pegar esse problema. (E10)

[...] mudou tudo, comportamento, teve que separar copos para evitar contaminar os outros irmãos, teve que fazer essa precaução. (E7)

Vê-se que a presente representação está relacionada ao que se cristalizou no senso comum e é ratificada pelos próprios doentes de tuberculose, quando afirmam ser uma doença contagiosa, presente em aglomerados humanos e com poucas condições de higiene.

Assim, os entrevistados percebem a separação dos utensílios e objetos de forma ambivalente, pois, ao mesmo tempo em que essa atitude indica cuidado com o outro, promove o preconceito. Destarte, a tuberculose faz emergir uma série de sentimentos diretamente relacionados às repercussões da doença sobre o processo de produção social e tudo o que dele pode advir¹¹.

Essa situação demonstra a necessidade de um trabalho conjunto entre o doente de tuberculose, seus familiares e o profissional de saúde, no tocante às orientações referentes à disseminação e às formas de contágio da tuberculose.

Nas falas dos entrevistados, não se observam diferenciação entre as formas clínicas da tuberculose e o modo de transmissão, uma vez que a identificação da doença é descrita de forma generalizada. O esclarecimento da discussão e disseminação sobre as formas de contágio da tuberculose através dos meios de comunicação empregados pelo Ministério da Saúde parece não ter a eficiência esperada. Por se tratar de uma doença contagiosa, acredita-se que muitas pessoas generalizam as formas de contágio e creem que a TB (tuberculose) pode também ser contraída por meio

do uso de utensílios domésticos, do abraço e do aperto de mão¹².

Entre os doentes entrevistados alguns revelaram a necessidade de ocultar sua condição para os seus familiares e amigos pelo temor de serem rejeitados. Demonstraram uma preocupação com o que os outros pensarão se forem identificados como tuberculoso. Entretanto, outros, mesmo diante do preconceito e das dificuldades advindas com a doença, tanto no relacionamento familiar quanto em outros espaços sociais, assumiram o seu diagnóstico.

Preconceito: o silêncio como garantia do convívio social

Essa categoria se estrutura pela representação do silêncio ou de algo não dito entre os entrevistados, uma vez que mantêm a preservação da privacidade em relação a um diagnóstico positivo para tuberculose, assumindo deliberadamente a ocultação da condição de portador da doença. Para os entrevistados, enfrentar a verdade de um diagnóstico positivo significa estar diante de manifestações preconceituosas e dos sentimentos de vergonha, medo e rejeição oriundos de familiares e amigos.

[...] assim, fiquei chocada, sem graça, sem chão, porque é muito preconceito. (E8)

[...] foi muito difícil com a família, eu sofri muito, o preconceito, andava com vergonha, acredita? (E21)

As falas revelam sentimentos de impotência e ausência de significado a partir do sentido de si como um corpo frágil, incapaz e improdutivo com profunda alteração da autoestima. A tuberculose, entre outros problemas sociais, provoca mudanças negativas como o afastamento e isolamento na vida pessoal.

[...] depois que fiquei doente, com um pouco de vergonha, cheguei e contei, os amigos se afastaram todos. (E34)

Destaca-se, também, o fato de que uma doença infecciosa certamente afetará as relações com as pessoas, pois o preconceito aliado ao medo leva a sociedade a se afastar dos valores pessoais deixando de compartilhar ajuda e solidariedade¹³.

Além disso, o fato de a doença ser contagiosa e as recidivas serem muito constantes levam à descrença na cura da tuberculose. Mesmo quando se admite ser uma doença curável, persiste a crença de que “sempre fica alguma coisa por dentro”^{15:48}. Esses aspectos são exemplificados a seguir:

[...] não cheguei a falar, porque o preconceito, o povo acha que não tem cura, com medo de pegar, essas coisas assim, não falei pra ninguém. (E29)

[...] é uma doença contagiosa [...] antes era é uma doença horrivelmente. (E8)

Prevalece inconscientemente e de forma compartilhada a concepção estereotipada presente nas

formas como a sociedade se relaciona com o doente, suscitando o processo de estigmatização da tuberculose e do tuberculoso⁵. Dessa forma, significados e imagens são construídos a partir do dia a dia e das vivências de cada um e difundidos pela mídia, possibilitando a construção de uma realidade comum a esse grupo social¹⁴.

Trabalho: espaço de ocultamento necessário

Observa-se claramente a preocupação do doente de TB em ocultar ou silenciar o seu diagnóstico para os colegas de trabalho, a fim de evitar situações constrangedoras. As representações de *estar com tuberculose* aparecem imbricadas no medo de ter que conviver com sua identidade deteriorada pelos colegas. Os relatos a seguir evidenciam a busca do silêncio como importante ferramenta de enfrentamento do processo saúde e doença.

[...] no trabalho não queria que ninguém soubesse. (E10)

[...] alguns souberam e já fiquei um pouco constrangido, perdi, faltei muitos dias de trabalho, sem atestado. (E21)

A ocultação do diagnóstico configura uma estratégia de manipulação da informação, especialmente em relação às pessoas mais íntimas de quem o indivíduo percebe as reações negativas¹⁵. Com efeito, faz-se necessário frisar que o afastamento físico de familiares e amigos corroboram o surgimento de certo pânico em relação à permanência no emprego. A ideia de ser demitido ou afastado do trabalho reforça o sentimento de medo e de recusa ao exame diagnóstico, o que acaba por se tornar um obstáculo ao tratamento.

Nesse sentido, o movimento de construção simbólica dessa realidade recai sobre aquilo que é socialmente considerado estranho e anormal e/ou imoral e patológico, entre outros critérios classificatórios. Desse modo, a observação extragrupo reveste-se de sentimentos de não aceitação que são deslocados para a esfera do estigma e do preconceito¹⁶.

Concorda-se que o estigma se forma em contextos específicos da relação entre a cultura e o poder, onde a produção da diferença valorizada negativamente atua como ponto importante para a reprodução da desigualdade social¹⁷.

Provavelmente, a imagem negativa do doente de TB verificada entre os usuários pesquisados remetem aos traços culturais dos construtos psicossociais e ideológicos que permeiam as relações interpessoais e afetivas atuais.

A determinação das fronteiras entre o normal e o patológico é uma das mais importantes tarefas da sociedade. Ela envolve o modo draconiano de exclusão de seus membros. Do lado de cá, existe vida, do outro lado, a morte. De um lado o direito, a responsabilidade; do outro, a incapacidade moral ou jurídica [...] ^{8:133}.

Nessa perspectiva, os fatores de ordem socioculturais podem atrapalhar o tratamento como o estigma da tuberculose, o analfabetismo, a não aceitação da doença, o fato de o doente considerar-se curado antes que haja cura efetiva, a falta de apoio no tratamento e até o desconhecimento em relação à enfermidade¹⁸.

Medo: resposta àquilo que não é familiar

Em relação às reações dos usuários entrevistados frente ao diagnóstico positivo de tuberculose, eles foram envolvidos pelos sentimentos de medo, tensão emocional e insegurança. De modo a reprimir o que sentiam diante da situação ameaçadora e constrangedora para si e os demais, adotando, portanto, uma postura de padecimento, numa situação de *mea culpa*. Esta situação fica evidente nas manifestações discursivas abaixo:

[...] medo de pegar a doença no pessoal de casa e nos vizinhos. (E23)

[...] só vivia trancado em casa, não saía pra rua, tinha vergonha de botar a cara fora. (E5)

Nesse universo consensual, a tuberculose foi representada pelos participantes do estudo como uma realidade ameaçadora que afeta o sujeito e o incapacita, sendo capaz de provocar mudanças não só no espaço familiar, mas também na sua relação com o mundo e consigo mesmo.

O medo gera um sentimento de impotência e de ameaça iminente que se torna mais poderoso do que o próprio doente. A identidade fica abalada pela perda de controle da situação e pelas limitações ocasionadas pela enfermidade¹⁹. Nesse sentido, o indivíduo se afasta da razão e mascara as atitudes no enfrentamento de uma doença transmissível.

Fui ao médico... fiquei na minha, quieto, fui internado. (E4)

Na vivência de um acontecimento estressante, a pessoa percorre estágios de conflito interno que vão desde a negação até a aceitação do diagnóstico. As representações polêmicas expressam as versões específicas de segmentos sociais a respeito de ideias, conceitos e conhecimentos circulantes, como um componente controverso e questionável, gerando disputa entre os grupos. O posicionamento explicitado acima parece expressar que a representação social está relacionada à maneira como os indivíduos pensam e interpretam o cotidiano. Essa compreensão constitui um conjunto de imagens dotado de um sistema de referência que permite ao indivíduo interpretar e dar sentido à sua vida. Com efeito, "para representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, reconstituí-lo ou reproduzi-lo"^{8:58}.

Dessa forma, os doentes de tuberculose selecionam e descontextualizam a informação socializada, construindo assim, novos significados que lhes serão úteis no dia a dia. A formação das representações soci-

ais organiza-se através de dois processos básicos: a ancoragem e a objetivação⁸. Dessa forma, ao longo da história, a representação da tuberculose se ancora pela marca do preconceito e do estigma, reconhecida como uma doença que vem do outro; do comportamento desregrado e amoral; do ar impuro; do local aglomerado e não higiênico; do que é colocado para fora e que contagia e do crescimento acelerado e desestruturado.

A objetivação tem a função de duplicar o sentido transformando em objeto o que é representado pelo pensamento, ideias e experiências de estar com tuberculose ou silenciá-la, entre tantos outros artifícios, materializando, assim, a palavra estigma e preconceito para a tuberculose.

Família: previsibilidade de um porto seguro

Nesta categoria os entrevistados reconhecem a importância do apoio familiar expresso através da demonstração de afeto e confiança durante o tratamento.

A presença de pessoas que possam compartilhar com o doente, tanto o enfrentamento da doença quanto as dificuldades inerentes ao tratamento medicamentoso, torna-se fator importante e decisivo para a cura. Mesmo quando a pessoa com tuberculose manifesta desejo de interromper o tratamento, esse pode não se concretizar em virtude do estímulo dos familiares²⁰. A relevância do suporte familiar se encontra demonstrada nas falas a seguir:

[...] só meu filho que cuidava de mim. (E32)

[...] graças a Deus a minha família é a mesma que era, todos me tratam do mesmo jeito. (E30)

Nos relatos anteriores a família é compreendida como uma pequena sociedade humana cujos membros têm contato direto expresso por sentimentos e percepções através da maneira como cada um descreve sua história e suas atitudes²¹. Assim, quando se faz presente o sofrimento na família, a resposta a esse acontecimento vai depender das realidades vivenciadas por cada componente do grupo²². Ressalta-se, portanto, que nem sempre a relação familiar é de proximidade, consideração e apoio, podendo ocorrer situações constrangedoras e de resistência à doença, reforçando o preconceito ao invés de atenuá-lo, conforme evidenciado na manifestação discursiva a seguir:

[...] minha nora saiu dizendo [...] não falaram mais comigo. (E17)

Sabe-se que a família constitui um espaço de movimento contínuo onde ocorrem paradoxos, encontros e desencontros. As complicações presente nas falas, no riso e na dor vão tecendo teias de relações, contratos invisíveis e convivências entre os que se reconhecem mutuamente enquanto semelhantes e diferentes, impulsionando assim, o modo de andar e de viver sob o mesmo teto²³.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesta discussão reforçam a relevância do estudo da Teoria da Representação Social como instrumento auxiliar na interpretação das ideias, conceitos e sentimentos identificados na dimensão individual e social pelos doentes de tuberculose. A representação social construída pelos entrevistados se encontra ancorada em experiências passadas, vivenciadas e socializadas pelo senso comum, através dos grupos sociais específicos: família, vizinhos, amigos, entre outros, e, objetivados no repertório de significados construídos ao longo da história da humanidade.

A interpretação dos dados apontou cinco categorias temáticas em que estão organizadas as representações sociais relacionadas aos doentes de TB atendidos na estratégia DOTS revelando a repercussão da doença em aspectos importantes da vida, tais como: o convívio familiar, o convívio social, o espaço do trabalho, o medo e a segurança na família.

Faz-se necessário destacar ainda as questões relacionadas às atitudes e crenças sobre o preconceito, o medo do estigma e a discriminação por parte da família, dos amigos e vizinhos, levando à restrição dos relacionamentos interpessoais de parentesco e amizade, modificando, assim, hábitos e estilo de vida.

REFERÊNCIAS

- Soares PP. A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 1994; 1(1):127-34. [citado em 10 jan 2011] Disponível em <http://www.coc.fiocruz.br/tuberculose>.
- Sourina J C, Ruffié J. *As epidemias na história do homem*. Lisboa (Br): Edições 70; 1984.
- Sontag S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
- Fundação Oswaldo Cruz (Br). *Glossário de doenças*. 2005. [citado em 28 jan 2005]. Disponível em <http://www.fiocruz.br/doencas.htm>.
- Porto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(Supl.1):43-9.
- Nascimento DR. *As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
- Bertolli-Filho C. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
- Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- Ministério da Saúde (Br). Resolução n 196/1996. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 Supl):5-25.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (Po): Edições 70; 1977.
- Bertolozzi MR. *A adesão ao programa de controle de tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã*. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.

12. Silva ACO, Sousa MCM, Nogueira JA, Motta MCS. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2007; 9:402-16.
13. Bertazone EC, Gir E. Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000; 8:115-22.
14. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. Representações sociais sobre câncer. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:495-500.
15. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LCT; 1988.
16. Miranda FAN, Furegato ARF. A negação da sexualidade do doente mental. *Rev enferm UERJ*. 2006; 14:558-65.
17. Parker R, Camargo Jr KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16:89-102.
18. Deheinzelin D, Takagaki TY, Sartori AMC, Leite OHM, Amato Neto V, Carvalho CRR. Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. *Rev Hosp Clín Fac Med São Paulo*. 1996; 51:131-5.
19. Francioni FF. Grupo de convivência: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com diabetes *mellitus*. [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
20. Vendramini SHE, Monroe A, Villa TCS. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol Pneum Sanit*. 2002; 10(1):5-12.