

TUBERCULOSE: O ESTIGMA NA VISÃO DE GERENTES DE CENTROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MG – BRASIL.****TUBERCULOSIS: STIGMA IN THE VIEW OF HEALTH CENTERS MANAGERS OF BELO HORIZONTE, MG – BRAZIL.***Wending APB¹, Modena CM², Schall VT³**RESUMO**

O presente artigo buscou analisar como gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte, MG, percebem a tuberculose. Trata-se de um estudo qualitativo a partir de entrevistas semi-estruturadas com nove gerentes. Os dados transcritos foram categorizados e interpretados com base na técnica de Análise de Conteúdo. A análise das categorias indicou que é recorrente a referência ao estigma e ao preconceito quanto à própria doença, ao paciente, bem como nas atitudes de alguns profissionais de saúde e familiares dos pacientes. Os relatos foram pontuados por diversos exemplos de como os doentes, seus familiares e a sociedade lidam com essa questão. A presença do estigma, a responsabilização da doença associada ao perfil do paciente e falta de apoio familiar, a ausência de processos de educação permanente e de troca de experiência entre os diversos serviços de saúde indicam prejuízo à atenção à saúde. Tais evidências direcionam para a necessidade de políticas públicas mais efetivas para o controle da doença.

PALAVRAS CHAVE: Serviços de Saúde. Tuberculose. Pesquisa Qualitativa. Estigma Social. Pacientes.

ABSTRACT

This paper analyses the view of health centers managers from three health administrative areas of Belo Horizonte, MG, Brazil about the stigma associated with tuberculosis and their consequences for the health of the patient and disease control. The qualitative analysis considers the opinions of nine managers interviewed and interprets them based on the Content Analysis Technique. The analysis indicated that the interviewed reported the presence of stigma related to the disease itself, the patient, as well as in the attitudes of some health professionals and patients' relatives. The reports included several examples of how patients, their families and society deal with this issue. The presence of stigma, the association of the disease with the patient's profile and lack of family support, lack of strategies for continuing education and exchange of experience between the various health services indicate failures in health care. Such evidences indicate the need for more effective public policies and permanent educative process to control the disease.

KEY WORDS: Health Services. Tuberculosis. Qualitative Research. Social Stigma. Patients.

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

² Doutora em Ciências. Pesquisadora Visitante do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³ Doutora em Educação. Pesquisadora Titular do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

* Este trabalho é parte da Tese de Doutorado da primeira autora desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou – FIOCRUZ/MG.

INTRODUÇÃO

A tuberculose, doença hoje curável e passível de prevenção, continua sendo um grave problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que a doença infecta mais de nove milhões de pessoas por ano e causa cerca de dois milhões de mortes. No dia mundial da tuberculose, comemorado em 24 de março (dia da descoberta do bacilo por Robert Koch), a OMS apresentou alguns dos objetivos para a luta contra a doença durante o ano de 2011¹. Um deles destaca a necessidade de pesquisas que compreendam as ações dos sistemas de saúde de modo a torná-los mais adequados e eficientes¹.

A dificuldade de adesão dos pacientes de tuberculose ao tratamento é um dos maiores obstáculos para o alcance da cura, tornando-se um desafio para o controle e a eliminação da doença. Apesar do tratamento gratuito garantido pelo Estado, este cenário requer atenção especial das políticas públicas voltadas para o enfrentamento da tuberculose nos dias atuais.

Outro desafio bastante recorrente quando se trata de tuberculose, é o estigma que a doença possui. Para a sociedade a doença tem um sentido, pois ela funciona como significante social². E no caso da tuberculose, a sua representação foi sempre carregada de sentidos ambíguos ao longo da história, estando ainda hoje associada “ao último estágio da miséria humana”³. Se há registros de maior prevalência nas classes desfavorecidas, a tuberculose ainda evoca idéias presentes no imaginário popular, associando a doença a hábitos socialmente censurados como abuso de álcool e comportamentos sociais indesejáveis³.

As pessoas estigmatizadas geralmente internalizam este sentimento e passam a adotar um conjunto de atitudes que abalam a sua autoestima, como vergonha, desgosto e culpa⁴. Tais atitudes podem levar a comportamentos que desfavorecem a busca de tratamento e favorecem a sua disseminação, como esconder a doença das suas relações interpessoais ou aumentar comportamentos de risco.

Profissionais da saúde relatam que os portadores da doença sofrem não só pelas manifestações clínicas, mas também pela possibilidade de vivenciar preconceitos e, conseqüentemente, podem rejeitar as relações sociais em geral⁵.

Diversos trabalhos relatam tais aspectos sob a perspectiva dos pacientes ao descreverem os motivos que os levam ao abandono do tratamento. Entretanto, são raros os estudos sobre a percepção dos profissionais de saúde em relação ao estigma e ao comportamento dos pacientes e da família frente à doença.

Desta forma, este estudo teve como objetivo analisar como os gerentes de diferentes Centros de

Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, percebem os pacientes, seu comportamento e de sua família em relação à tuberculose, aspectos que podem afetar o processo de atenção à saúde.

METODOLOGIA

Este trabalho é parte de uma tese de doutorado que busca investigar a adesão ao tratamento da tuberculose pulmonar e as causas do abandono nos serviços de saúde de Belo Horizonte, com vistas a desenvolver estratégias e materiais educativos que possam encaminhar melhores práticas e alternativas criativas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que predomina a abordagem da pesquisa estratégica⁶. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas seguindo um roteiro elaborado e previamente validado⁷, que incluía questões sobre como os profissionais percebem o problema, como a tuberculose é vista no serviço de saúde, quais as ações voltadas para o seu controle e tratamento, a infraestrutura existente, as estratégias de capacitação (se existentes), a relação com os pacientes e suas famílias. Aspectos como adesão e abandono foram abordados em profundidade. Como o estigma tornou-se relevante no decorrer das entrevistas, buscou-se investigar os sentidos atribuídos ao mesmo, a partir das experiências dos entrevistados nos serviços de saúde.

Para a realização do estudo foram entrevistados nove gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte que pertencem às regionais Nordeste (n=4), Oeste (n=3) e Pampulha (n=2). Estas regionais foram selecionadas por apresentarem maior número de casos de abandono do tratamento da tuberculose, conforme base de dados de 2007 e 2008 do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN).

O número de entrevistas foi delimitado pelo critério de saturação, definido como a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição⁸, o que está em conformidade com a metodologia do estudo.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para categorização e análise dos dados. Para isso, empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática^{6,9}, que envolve as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação dos mesmos.

Para a análise dos dados realizou-se, num primeiro momento, a leitura flutuante do material, organizando-se e definindo-se as categorias de análise, sub-categorias e os trechos significativos. Posteriormente seguiu-se a interpretação dos dados, buscando-se desvendar o conteúdo subjacente ao que foi relatado⁶.

Na análise da categoria estigma, utilizou-se o significado como um expressivo descrédito atribuído a uma pessoa com uma diferença indesejável³. O autor refere-se ao estigma como um poderoso signo de controle social usado para marginalizar e desumanizar indivíduos que apresentam certos traços desvalorizados, ou seja, é “o processo ou a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”³.

O termo é também descrito no Dicionário Houaiss, o qual assinala aspectos físicos e morais, como: 1. marca ou cicatriz deixada por ferida; 2. sinal natural no corpo; e também: 6. aquilo que é considerado indigno, desonroso. Essa última expressa de certa forma a força dos significados que têm sido atribuídos ao estigma em relação às pessoas com tuberculose¹⁰.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer 0012.0.410.245-09) e do Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ (Parecer 0028.0.245.000-8), de acordo com o que é estabelecido pela Resolução nº. 196 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes que aceitaram contribuir com a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e foi garantido o sigilo das informações. Todos os nomes referidos no artigo são fictícios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos relatos dos gerentes foram identificadas oito categorias e diversas subcategorias que emergiram como relevantes para a compreensão de como a tuberculose é percebida e tratada nos serviços de saúde incluídos no estudo. Três categorias foram descritas estando associadas às representações das causas do abandono do tratamento. Nessa publicação, as autoras descrevem o perfil dos gerentes entrevistados⁷. Neste artigo foram analisadas as representações dos entrevistados expressas em categorias associadas ao estigma e a forma como os pacientes e familiares lidam com a doença.

Estigma e preconceito em relação à doença e ao paciente

Nas falas dos gerentes esteve presente a referência ao estigma quanto à própria doença, ao paciente, bem como nas atitudes de profissionais de saúde, familiares e comunidade dos pacientes. Os relatos foram pontuados por diversos exemplos de como os doentes, seus familiares e a sociedade lidam com essa questão. Percebe-se uma mescla de representações da doença associadas aos determinantes sociais da mesma nos dias atuais com alguns resquícios do imaginário social do passado quanto ao perfil do paciente e da própria

doença.

As narrativas indicam que o estigma ainda está presente nos dias atuais, embora não sendo observado por todos os gerentes e até contestado por um deles. Alguns entrevistados referem-se à decisão do paciente de manter a doença em segredo, indicando que o mesmo ainda não se sente seguro para assumir a sua condição, refletindo o medo do preconceito:

(...) eu tenho um paciente de uma classe boa, então a equipe me relatou a dificuldade em ir na casa dele porque ele não queria que ninguém soubesse. (Rosa);

Então ela não quer que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) vá lá na porta da casa dela levar o medicamento porque o vizinho vai ficar sabendo que tem uma doença... (Violeta).

Alguns estudos corroboram os nossos achados, pontuando que com relação ao paciente, fatores como o estigma e a não aceitação da doença normalmente ocorrem e podem comprometer o tratamento^{3,11,12}. A concepção de que a tuberculose é ainda uma doença carregada de estigma social¹³ reforça as atitudes de medo e de resignação dos doentes diante do sofrimento¹⁴, levando-os a rejeitar as relações sociais em geral e promovendo seu isolamento social^{5,11,15}.

Muitas vezes os pacientes se assustam com o diagnóstico e passam a ter sentimentos de preconceito:

Se a gente falar que não, que a pessoa não se sente mal com aquele diagnóstico, não tem medo do estigma, eu acho que a gente vai estar sendo hipócrita, porque sente sim. (Magnólia);

É, o próprio paciente se incomoda muito com esse diagnóstico. Ele assusta com tuberculose, com aquela coisa mesmo catastrófica que a tuberculose gerou muitos anos atrás, com morte né, de estigma e de isolamento. (Magnólia).

A atitude de ocultar o diagnóstico é considerada como uma forma de enfrentamento da doença¹⁶. Para alguns autores¹⁷ os estigmas possuem duas características: a visibilidade e a possibilidade de controle. Assim, os estigmas não visíveis possibilitam maior controle da pessoa estigmatizada. Dessa forma, há a preocupação em esconder o problema, principalmente em relação às pessoas mais íntimas, das quais o indivíduo receia as reações negativas¹⁸.

Assim, percebe-se que a pessoa possui medo em relação à sua doença, seja pelo receio de transmiti-la para os membros de sua família ou pelo fato de não conhecer a doença, revelando sentimentos de insegurança, vergonha, isolamento e preconceito⁵.

O preconceito por parte dos familiares também foi observado:

História de abandono, que às vezes a família não quer aquele paciente. O paciente vive num cômodo lá daquela casa. (Violeta);

Às vezes não tem uma pessoa responsável por aquele paciente sabe? (Violeta).

Alguns indivíduos ao comunicarem para a família a sua condição, experimentaram o preconceito pelo medo que a família tem de se contaminar, culminando com a rejeição⁵. Tal situação revela um problema social que o Centro de Saúde precisa enfrentar e que dificulta o trabalho dos profissionais de saúde.

Ainda, foi mencionada por um gerente a separação de utensílios, revelando o medo dos familiares de contraírem tuberculose, mesmo após orientação médica:

*Porque às vezes o paciente já está tratando, já tem um mês que ele está tratando, ele já está com BAAR** negativo, mas, dentro da casa ele fica separado né, o copo, o talher, o prato, mesmo o médico orientando "olha agora não está transmitindo mais", mas não tem jeito, eu acho que as pessoas ainda não tem assim... sei lá, é uma questão de cultura mesmo, não adianta, o paciente, ele fica meio a parte assim. (Margarida).*

Ao receber o diagnóstico o paciente "leva um susto", e muitas vezes não o aceita facilmente, demonstrando dificuldade de conviver com a doença. Neste momento ele não é o único a ser afetado, e a família passa a desempenhar um papel importante, sendo fundamental seu apoio^{13,15,19}. Neste sentido, devem ser desenvolvidas estratégias de enfrentamento da doença que consideram a singularidade do sujeito e a sua constelação familiar.

De forma surpreendente, um gerente relatou preconceito por parte de profissionais de saúde:

Agora eu já vi, já tive essa experiência horrível, profissional da saúde que tinha que colocar na sala um ventilador, abrir as janelas... isso o paciente sintomático-respiratório não era nem paciente comprovadamente tuberculoso, ficar assim no cantinho da sala longe, tantos metros de distância e tal porque ele tinha um verdadeiro pavor de pegar tuberculose. (Hortênsia).

Este comportamento dos profissionais de saúde revela desconhecimento das medidas preventivas e mesmo sobre sintomatologia associada à doença, indicando a permanência de estereótipos arraigados que se sobrepõem ao conhecimento científico requerido por um

profissional especializado.

Alguns trabalhadores da saúde revelaram medo de contaminação durante o atendimento aos pacientes com tuberculose²⁰. Medidas como dar "atenção privilegiada" para evitar a movimentação do paciente no Centro de Saúde e solicitar o uso de máscara era indicativo de preconceito. As autoras relatam que muitos dos profissionais entrevistados associavam a tuberculose como predominante na população pobre, como os ex-presidiários, prostitutas, drogados e alcoólatras.

Os gerentes apontam que, de forma geral, a população também está desinformada não só a respeito da tuberculose, mas das doenças em geral, revelando preconceito:

As pessoas têm muito preconceito hoje. Eu acho que ainda existe o estigma mesmo. O estigma permanece. (Violeta);

(...) porque eu observo pelo movimento no Centro de Saúde, ninguém senta perto de uma pessoa que tá com máscara. (Magnólia).

Percebe-se que a tuberculose ainda é temida por ser associada a algo socialmente alvo de censura, embora, alguns relatos apontem a ausência de preconceito²¹. Essa contradição está presente nos discursos dos gerentes, os quais se mostraram por vezes divididos. Alguns dizem que o estigma ainda permanece de forma velada, e que as pessoas ainda possuem aquele imaginário de pessoas tísicas e de tratamento em lugares altos e frios na memória.

A ausência de preconceito foi associada à classe social. Segundo os entrevistados, a população mais carente apresenta menos preconceito quando comparada às outras classes sociais:

Você sabe quê que eu penso? Eu acho que em população mais carente o preconceito ele é menor. (Amarílis);

Eu não tive ninguém nunca falando disso, que as meninas (Agente Comunitária de Saúde) comentarem que o paciente se queixava disso, ou de falar disso não. (Amarílis).

Ao entrevistar pacientes com tuberculose, observaram que não houve preconceito por parte dos amigos e vizinhos, já que não foi notado qualquer tipo de mudança nos seus comportamentos e atitudes²². Em outro estudo, algumas reações positivas como a aproximação de amigos na tentativa de ajudar e dar atenção também foi observado⁵.

É interessante observar que apesar dos pacientes sentirem receio em revelar a sua doença, um gerente mencionou que hoje em dia os pacientes encaram a doença e o tratamento com mais naturalidade:

** Bacilo álcool-ácido Resistente

Olha, eu acho que antes, antigamente, eles tinham mais preconceitos sabe, hoje em dia eles levam o maior susto porque são 6 meses de tratamento, mas acho que antigamente, que o povo tinha uma coisa que eles iam até morrer, era quase um atestado de óbito você falar que o paciente estava com tuberculose, hoje não. (Margarida).

Os relatos atestam a predominância do estigma, embora se perceba alguns avanços, que indicam a presença de parte da população já mais esclarecida de que a doença pode ser tratada com sucesso quando seguidas as orientações médicas.

Comportamento dos pacientes e de suas famílias em relação à doença

Os gerentes relatam como é o comportamento dos pacientes e de suas famílias em relação à doença, o histórico familiar do paciente e como ele se contaminou com o bacilo.

Com relação ao comportamento dos pacientes, os gerentes relatam tanto experiências com pacientes agressivos, quanto não agressivos essas atitudes são associadas à falta de conhecimento ou à idade:

Que são ríspidos, às vezes chegam a ser até agressivos com a equipe né? Nesse tratamento supervisionado que a gente vai tentando manter. (Violeta);

Não, nunca teve relato das equipes de agressividade não. (Rosa);

(...) Eles não eram agressivos nem nada não, eles simplesmente ignoravam mesmo. (Margarida);

Quando é paciente jovem, ele é mais agressivo mesmo, sabe? Agora o paciente quando é mais velho ele não... (Margarida).

Na literatura, observa-se a associação de certas alterações de comportamento, bem como abandono de tratamento com o consumo de drogas e álcool^{13,14,23,24}. Entretanto não há registros que associem o comportamento mais agressivo dos pacientes a esse consumo.

Alguns gerentes relataram ter pouco contato com as famílias do paciente com tuberculose, justificando que é a equipe de saúde que se relaciona com eles. Contudo, afirmam que os pacientes ali tratados, têm, em geral, vida familiar regular:

Eu assim, não acompanho tanto de perto esses pacientes. É a equipe de Saúde da Família, o médico e a enfermeira que estão mais interagidos nesses aspectos, mas ultimamente eu não tenho percebido no geral que tenha alguma coisa assim,

alguma deficiência familiar não. (Margarida);

Os que eu tenho os que eu conheci mais de perto, a gente teve até funcionário aqui que teve tuberculose e é um pessoal assim que tem marido, filho normal. (Margarida).

Mais uma vez os gerentes ficaram divididos, pois para alguns o comportamento da família é tido como normal, como relatado acima. Porém, em outros momentos da entrevista, reportam sobre famílias que não encaram a doença com naturalidade e nem sempre dão manifestações de apoio, chegando a isolar o paciente, como descrito anteriormente na categoria estigma.

Em muitos casos a falta, de apoio familiar ao sujeito é justificada pela falta de interesse do mesmo em se tratar, e por ter uma “natureza difícil”, principalmente os usuários de bebidas alcoólicas e drogas.

Apesar destas dificuldades que a família enfrenta, ela assume um papel de extrema importância no tratamento, pois fornece apoio, estimula e compartilha os sofrimentos e medos do paciente. Da mesma forma, o apoio de outras pessoas, vizinhos e profissionais de saúde pode ajudar o paciente a aceitar e enfrentar a doença, o que é registrado em outros estudos^{13,15}.

Com relação a provável forma de contaminação, dois gerentes relataram a promiscuidade das pessoas, associando a doença à pobreza e à qualidade da alimentação:

Às vezes eu acho que é um pouco de promiscuidade né. A maioria dos casos foi em função disso. (Amarilis);

Então pelo que a gente conhece da TBC, que favorece a doença, dormir junto. Por exemplo, moradores de rua tem TBC com muita frequência, dormem todos amontoados ali né? (Jasmim);

Outra questão, a própria pobreza mesmo, a falta, a qualidade da alimentação, mesmo né? (Jasmim).

Os relatos acima corroboram outros estudos que relatam que a tuberculose está intimamente relacionada à má alimentação, pobreza e aos problemas sociais, principalmente quando associados ao analfabetismo e ao desemprego^{12,14,25}.

Em síntese, ainda há um descompasso em relação à responsabilidade quanto à própria saúde, até quanto é do próprio paciente ou do serviço de saúde. Um gerente ilustra esse dilema ao associar o abandono ao perfil pessoal do paciente ou a crença da população quanto ao direito ao serviço de saúde, sem assumir a própria responsabilidade em relação ao tratamento:

Eu acho, o que eu sinto é um pouco assim de delegar para o serviço público tá, eu vou delegar pro serviço público uma

responsabilidade que é minha. Então, eu acho que o grande desafio do PSF hoje é isso: é promoção à saúde, o auto cuidado, eu saber que eu tenho que tomar conta da minha saúde, eu acho que isso nós estamos a anos luz de conseguir, sabe. A população tá muito, no sentido assim, "eu pago imposto e vocês são obrigados a me servir do que fazer a minha parte". Então a tuberculose eu vejo muito por aí, né, a prefeitura dá o remédio, o agente comunitário dá supervisão, a gente marca a consulta, faz tudo, mas a parte dele que é tomar o remédio, ele não quer fazer. (Amarílis).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise das falas dos gerentes revela que a tuberculose ainda é uma doença carregada de tabus pela sociedade e pelo próprio doente. As entrevistas nos permitiram refletir sobre um fator que é de grande importância para essa situação de estigma presente no cotidiano dos pacientes: a informação qualificada e a falta que ela faz, bem como a necessidade de troca de experiências e maior integração entre os diversos serviços de saúde e seus profissionais.

Percebemos que apesar dos esforços dos profissionais de saúde e das políticas públicas, a dinâmica do atendimento ainda é diferente nos diversos Centros de Saúde, e não contempla os conhecimentos e a singularidade de cada sujeito.

A informação repassada pelos profissionais de saúde não está sendo suficiente para aumentar a adesão ao tratamento.

Para tentar minimizar esta situação, os profissionais de saúde devem estar atentos aos pacientes, conhecer as suas necessidades e estar sensibilizados com a sua condição. Por isso, é muito importante o vínculo, o acolhimento, a escuta e o repasse de informações de forma clara para o fácil entendimento do paciente.

Para que o atendimento seja mais humanizado é necessário que os profissionais de saúde se capacitem, que conheçam a fundo o processo saúde-doença, as formas de contágio e de prevenção da tuberculose. Uma alternativa seria a promoção de educação permanente em saúde, pois apenas profissionais conscientes do seu papel poderão estabelecer laços com os pacientes, e não terão comportamentos que revelam estigma e medo.

É clara também a necessidade de estratégias de educação em saúde para os pacientes e seus familiares. A divulgação pelos canais de comunicação do que é a doença, quais são os cuidados e como é feito o tratamento associada às orientações dadas pelos profissionais de saúde são exemplos de estratégias que podem trazer resultados positivos¹¹. Alternativas como a

realização de grupos de convivência, permitindo que os pacientes ampliem a compreensão da sua doença e do processo de viver com a tuberculose, encorajando-os a buscar novas estratégias para enfrentar os desafios¹¹. As atividades em grupo promovem a troca de experiências entre os pacientes e permitem que o ensino e o aprendizado sejam compartilhados entre todos, pacientes e profissionais de saúde.

Ainda, outra ferramenta que poderia ajudar na desmistificação da tuberculose é a criação de uma rede de apoio social, que contribui para o aumento da competência individual e reforça a autoimagem²⁶.

Percebe-se no presente estudo que há contradições nos relatos, embora seja frequente a presença do estigma, que tem como consequência o prejuízo no processo de atenção à saúde. Também persistem idéias inadequadas quanto à responsabilidade sobre o cuidado com a saúde e quanto aos comportamentos dos pacientes. Esse cenário requer novas pesquisas e investimentos em experimentação de estratégias educativas inovadoras e processos permanentes de atualização dos profissionais de saúde que possam conduzir a um enfrentamento adequado da doença e seu controle efetivo.

REFERÊNCIAS

1. WHO - World TB Day. 2011 [site na internet]. Disponível em http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_tb_day/en/index.html. Acessado em 3 de abril de 2011.
2. Sontag S. A doença como metáfora. 3 ed. Rio de Janeiro (RJ): Edições Graal; 2002.
3. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro (RJ): LCT; 1988.
4. 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(1):115-22.
5. Bertazone EC, Gir E, Hayashida M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(3):374-81.
6. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.
7. Wendling APB, Modena, CM, Schall, VT. O abandono do tratamento da tuberculose na visão

dos gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Revista Texto-Contexto Enfermagem* 2011 (enviado para publicação).

8. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1):17-27.

9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edição revisada e atualizada. Lisboa: Edições 70; 2009.

10. Houaiss, A Dillar MS, Franco FMM. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. 1 ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Objetiva; 2001.

11. Souza SS, Silva DMGV. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2007; 60(5):590-5.

12. Ribeiro AS, Amado V, Camelier AA, Fernandes MMA, Schenkman S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. *J Pneumol* 2000;26(6).

13. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad. Saúde. Pública* 1999;15(4):777-87.

14. Lima MB, Mello DA, Morais AP, Silva WC. Estudo de caso sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectivas dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(4):877-85.

15. Assunção CG, Seabra JDR, Figueiredo, RM. Percepção do paciente com tuberculose sobre a internação em hospital especializado. *Ciência e Enfermagem* 2009;XV(2):69-77.

16. Suit D, Pereira ME. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicologia USP* 2008; 19(3):317-340.

17. Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert D, Fiske S, Lindsey G. *The handbook of social psychology*. Boston:McGraw-Hill; 1998. p.504-553.

18. Claro LBL. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 1995.

19. Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol Pneumol Sanit* 2002;10(1):5-12.

20. Sánchez AIM, Bertolozzi, MR. Percepción de los

trabajadores de salud de unidades básicas de salud de São Paulo (Brasil) sobre La tuberculosis. *Av. Enferm* 2009;XXVII(2):19-24.

21. Pôrto A. Representações Sociais da Tuberculose: estigma e preconceito. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(1):43-49.

22. Lima MB, Mello DA, Morais AP, Silva WC. Estudo de caso sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectivas dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad. Saúde Pública* 2001;17(4):877-85.

23. Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública* 2007;41(2):205-13.

24. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS. Tratamento da Tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm* 2007;16(4):712-8.

25. Bergel FS, Gouveia N. Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento da tuberculose. *Revista Saúde Publica* 2005; 39(6):898-905.

26. Garmezny N, Masten A. Chronic adversities. In: M Rutter, E Taylor, L Herson, editors. *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, UK: Blackwell; 1994. p.191-207.

Fonte Financiadora

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Endereço para Correspondência

Virgínia Torres Schall

Centro de Pesquisa René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente
Avenida Augusto de Lima, 1.715, Barro Preto
CEP 30190-000, Belo Horizonte, Minas Gerais
Telefone: (31) 3349.7734
Fax: (31) 3295.3115
E-mail: vtschall@cpgr.fiocruz.br

Celina Maria Modena

Centro de Pesquisa René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente
Avenida Augusto de Lima, 1.715, Barro Preto
CEP 30190-000, Belo Horizonte, Minas Gerais
Telefone: (31) 3349.773
Fax: (31) 3295.3115
E-mail: celina@cpqrr.fiocruz.br

Ana Paula Barbosa Wendling Lara

Centro de Pesquisa René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente
Avenida Augusto de Lima, 1.715, Barro Preto
CEP 30190-000, Belo Horizonte, Minas Gerais
Telefone: (31) 3349.7741
Fax: (31) 3295.3115
E-mail: anawendling@yahoo.com.br