

# TUBERCULOSE NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS: AS VIVÊNCIAS DE FAMILIARES E PACIENTES ACOMETIDOS PELA DOENÇA

## TUBERCULOSIS IN THE FAMILY CONTEXT: EXPERIENCE OF FAMILY MEMBERS AND PATIENTS AFFECTED BY THE DISEASE

## TUBERCULOSIS EN EL CONTEXTO DE LAS FAMILIAS: LAS VIVENCIAS DE FAMILIARES Y PACIENTES ACOMETIDOS POR LA ENFERMEDAD

Juliane de Almeida Crispim<sup>I</sup>  
Regina Célia Fiorati<sup>II</sup>  
Ana Angélica Rêgo de Queiroz<sup>III</sup>  
Ione Carvalho Pinto<sup>IV</sup>  
Pedro Fredemir Palha<sup>V</sup>  
Ricardo Alexandre Arcêncio<sup>VI</sup>

**RESUMO:** Este estudo teve por objetivo investigar o significado da tuberculose para familiares e pacientes acometidos pela doença, o seu impacto na família e os recursos terapêuticos considerados por esses atores no enfrentamento da doença. Mediante a abordagem qualitativa, o estudo envolveu dois familiares e dois pacientes que foram diagnosticados em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto, sendo os dados coletados, em 2011, pela técnica de grupo focal e analisados à luz da hermenêutica dialética. Em relação à tuberculose, familiares e pacientes apresentam uma racionalidade que difere daquela instituída pelo modelo técnico-científico. Na família sobressaem as atitudes de afastamento e segregação do doente, os sujeitos consideram os recursos terapêuticos alternativos como medida para a cura da doença. Ressalta-se a necessidade de mudanças que fortaleçam a relação entre profissionais de saúde e família, a partir de um processo dialógico que possa reconhecer a instituição família como parte do cuidado ao paciente de tuberculose.

**Palavras-chave:** Conhecimento; família; estigma social; tuberculose.

**ABSTRACT:** This study aimed at investigating the meaning of tuberculosis to relatives and patients affected by the disease, its impact on family, and the therapeutic resources those actors considered when facing the disease. With qualitative approach, this research involved two relatives and two patients diagnosed at a health unit in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. Data were collected in 2011 through the focus group technique and analyzed in the light of dialectical hermeneutics. Regarding tuberculosis, relatives and patients display a different rationality from that established by the technical-scientific model. In the family relation, attitudes of distancing and segregating the patient stand out. The subjects consider alternative therapeutic resources to cure the disease. Changes are needed to strengthen the relation between health professionals and family, based on a dialogical process that can acknowledge the family institution as part of TB patient care.

**Keywords:** Knowledge; family; social stigma; tuberculosis.

**RESUMEN:** El objetivo del estudio fue investigar el significado de tuberculosis (TB) para familiares y pacientes, su impacto en la familia y los recursos terapéuticos que estos actores consideran para enfrentar el agravio. Mediante enfoque cualitativo, participaron dos familiares y dos pacientes, diagnosticados en una unidad de salud de Ribeirão Preto-SP-Brasil. Los datos fueron recolectados, en 2011, por la técnica de grupo focal y analizados a la luz de la hermenéutica dialéctica. Respecto a la TB, familiares y pacientes muestran una racionalidad que difiere de aquella establecida por el modelo técnico-científico. En la relación familiar sobresalen el aislamiento y la segregación del enfermo. Los sujetos consideran los recursos terapéuticos alternativos como medida para curar la enfermedad. Se destaca la necesidad de cambios que fortalezcan la relación entre profesionales de salud y familia, a partir de un proceso dialógico que pueda reconocer la institución familia como parte del cuidado al paciente de TB.

**Palabras clave:** Conocimiento; familia; estigma social; tuberculosis.

## INTRODUÇÃO

A família é a primeira instância de cuidados de saúde e fonte de ajuda às pessoas acometidas pela tuberculose (TB). Segundo autor<sup>1</sup>, a família constitui a uni-

dade onde se constroem e operam os principais determinantes da morbimortalidade nos diferentes grupos etários, tanto de forma positiva quanto negativa.

<sup>I</sup>Enfemeira. Doutoranda e Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: julianecrisp@gmail.com.

<sup>II</sup>Terapeuta Ocupacional. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: reginafiorati@yahoo.com.br.

<sup>III</sup>Enfemeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Pesquisadora do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: aninha\_arego@hotmail.com.

<sup>IV</sup>Enfemeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pesquisadora do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: ionecarv@eerp.usp.br.

<sup>V</sup>Enfermeiro. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pesquisador do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br.

<sup>VI</sup>Enfermeiro. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pesquisador do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: ricardo@eerp.usp.br.

O sujeito, ao pensar no seu adoecimento e tomar decisões, não atua sozinho mas sim como parte da microestrutura (família) que mais peso teria na definição de representações e práticas em relação ao seu processo saúde/doença<sup>1,2</sup>. Além disso, diante do adoecimento cada família se movimenta de modo singular, a situação pode ser interpretada a partir de uma percepção, determinada pela cultura e pelas regras definidas na sociedade<sup>3</sup>.

De acordo com os autores<sup>3</sup>, esse contexto influencia o comportamento e a relação entre seus membros no enfrentamento da doença. Observa-se que inicialmente as pessoas percebem a situação como fonte de estresse, e posteriormente buscam suas próprias possibilidades e alternativas de enfrentamento<sup>4</sup>.

Na TB, assim como em outras doenças infecciosas, esse processo é cheio de contradições e revela sentimentos de impotência, medo e culpa, ao mesmo tempo de superação e esperança pela cura<sup>5</sup>. Sob esse aspecto, pesquisas evidenciam que prevalece na relação com a sociedade a concepção estereotipada do doente, suscitando o processo de estigmatização da tuberculose<sup>6-9</sup>.

Em relação ao convívio com a família, ainda que a literatura nacional seja bastante escassa, estudos apontam para mudanças sutis como a separação de utensílios domésticos e objetos pessoais<sup>10,11</sup>. Esse comportamento é visto por autores como uma situação dialética, ou seja, entre o desejo da família em ajudar o doente permanece o estigma de forma não intencional, mas associado às crenças e valores já instituídos<sup>12</sup>.

Na tentativa de compreender a complexidade que envolve a vida cotidiana de familiares e pacientes acometidos pela TB, este estudo teve por objetivo investigar o significado da doença para familiares e pacientes, o seu impacto na família e os recursos terapêuticos considerados por esses atores no enfrentamento da doença.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Adotou-se, como referencial teórico deste estudo, a Hermenêutica Dialética, segundo a perspectiva de Jürgen Habermas<sup>13</sup>. O caminho apontado pelo autor se refere à teoria da ação comunicativa como possibilidade de interpretação dos dados, de trazer o processo dialógico e comunicativo como meio privilegiado de acesso à racionalidade e a compreensão do universo de significados dos sujeitos diante da doença. O mesmo não se restringe apenas à descrição de um evento, mas permite a partir da linguagem e das relações intersubjetivas da comunicação com base no processo mútuo, de reciprocidade e livre de coação, conhecer as concepções de familiares e pacientes de TB sobre a doença<sup>13,14</sup>.

A reflexão habermasiana parte de uma crítica ao positivismo como referência teórica da modernidade que induz à extirpação do sujeito, da intersubjetividade, dos valores, das normas, da história, do conhecimento em

nome de uma interpretação matematizada, objetiva, universal e superficial do mundo. Nesse sentido, aprofunda uma análise que propõe a submissão da razão instrumental à comunicativa e o reestabelecimento do exercício democrático, a partir da construção de consensos fundados e apoiados na dialogicidade e intersubjetividade dos sujeitos, como forma de coordenar a prática social e humana<sup>15</sup>.

Segundo o autor, ao afirmar a linguagem como via de acesso ao pensamento, ao conhecimento da realidade e do universo social do homem, propicia-se a interpretação do real e das relações humanas através da racionalidade intersubjetiva e, portanto, não mais monológica e sim dialógica. Dessa forma, a interação humana é o processo pelo qual os sujeitos encontram saídas para seus problemas e se coordenam entre si para a elaboração e execução dos seus planos de ação como atores sociais no campo de negociações e de possibilidades<sup>13</sup>.

Na interação humana existem duas dimensões distintas: o agir comunicativo e o agir estratégico, ambos são mediados linguisticamente, entretanto, o agir estratégico visa uma ação teleológica com fins determinados para o sucesso prático e, para tanto, a linguagem é utilizada como meio de informação. Já o agir comunicativo visa o entendimento mútuo entre os sujeitos sobre determinada realidade e, portanto, o uso da linguagem é dirigido para compreensão de ambos e requer a cooperação na coordenação de seus planos de ação, exigindo o uso da linguagem compartilhada<sup>16</sup>.

Nesse sentido, homens e mulheres têm a ação comunicativa como ferramenta básica para entender qualquer realidade ou evento. Com base em um processo de dialogicidade e de intersubjetividade, todos os sujeitos envolvidos nessa interação devem ter o mesmo estatuto de valor. Assim, acredita-se que a adoção deste referencial no estudo contribui para compreender a complexidade que envolve a vida cotidiana de familiares e pacientes acometidos pela TB.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em um Centro de Referência para Diagnóstico e Tratamento da Tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP. No município, a atenção aos doentes de TB é centralizada nos ambulatórios de referência que estão distribuídos nas cinco unidades de saúde de nível secundário com Programa de Controle da Tuberculose (PCT), as quais operam com equipes especializadas e realizam ações para o diagnóstico e manejo clínico dos casos e seus comunicantes.

Nesse Centro de Referência o convite de participação no estudo se estendeu a 20 pacientes e respectivos familiares - comunicantes dos pacientes de TB, que foram diagnosticados no período de janeiro a junho de 2011. Entretanto, apenas quatro sujeitos

(dois parentes e dois familiares) atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, conforme exposto na Figura 1. Como critério de inclusão, foram selecionados sujeitos de ambos os sexos, coabitantes dos pacientes com TB, maiores de 18 anos, que concordaram em participar voluntariamente da investigação e apresentaram disponibilidade para se deslocar à unidade de saúde, sendo oferecido a eles vale-transporte para o seu deslocamento. Os critérios de exclusão foram a idade inferior a 18 anos e a não concordância de participação no estudo.

O desenvolvimento do estudo atendeu aos preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e o Projeto de Pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Parecer 1292/2011). A solicitação de participação no estudo foi verbal e acompanhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os entrevistados foram informados sobre o objetivo e a técnica de coleta de dados, e para garantir o anonimato, entre outros aspectos, a preservação de sua identi-

Sujeito	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Ocupação	A tuberculose no contexto das famílias	Codificação
Entrevistado 1	Feminino	57 anos	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Tem um filho que foi privado de liberdade, e na prisão adquiriu TB. Hoje ela tem TB.	E1
Entrevistado 2	Masculino	50 anos	Ensino Fundamental incompleto	Controlador de Acesso	Teve duas vezes TB, na primeira vez em 2001 ficou internado e hoje se encontra em tratamento na unidade.	E2
Entrevistado 3	Feminino	71 anos	Sem escolaridade	Aposentada	Avó de um paciente com TB. Reside junto com ela após a rejeição da mãe, devido o envolvimento dele com as drogas.	E3
Entrevistado 4	Masculino	26 anos	Ensino fundamental Incompleto	Promotor de vendas	Imão de um paciente com TB.	E4

FIGURA 1: Identificação dos sujeitos do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2011.

A coleta de dados ocorreu em maio de 2011, por meio da técnica de grupo focal, que teve duração de 1 hora e 15 minutos. Justifica-se a escolha desta técnica porque o fenômeno investigado é de ordem ideológica, das concepções, decorrente das manifestações culturais e da dimensão simbólica da experiência humana. Tal técnica, ao possibilitar a interação grupal, favorece a reelaboração dos próprios valores, juízos e opiniões sobre o objeto investigado, mediante uma construção dialógica e intersubjetiva propiciando uma produção coletiva do conhecimento<sup>17</sup>. A discussão do grupo foi conduzida por uma moderadora, a partir de um roteiro previamente elaborado com as seguintes questões norteadoras: O que é TB? A TB provocou mudanças na sua relação familiar? O que você pensa sobre o tratamento da TB?

A análise dos dados foi realizada à luz da hermenêutica dialética, que possibilita a interpretação da realidade como averiguação de sentido por meio de análise linguística ou temática<sup>18</sup>. Inicialmente realizou-se a ordenação dos dados através da leitura e releitura do material transcrito e após os pesquisadores identificaram pontos convergentes, temas, assuntos, abordagens ou relações que eram compartilhados pelos vários discursos dos sujeitos, a partir de um processo interpretativo de tais informações.

Na apresentação dos resultados, os discursos dos sujeitos estão identificados pela letra E (entrevistado), seguido do número do participante do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados fez emergir três categorias: o significado da TB no contexto das famílias: distanciamento entre saberes e o conhecimento técnico-científico; impacto na relação familiar face à doença; e a TB e os recursos terapêuticos alternativos existentes nas comunidades.

### O significado da tuberculose no contexto das famílias: distanciamento entre saberes e o conhecimento técnico-científico

Ao referir sobre o que é a TB, familiares e pacientes apresentam uma racionalidade que difere do conhecimento instituído pelo modelo técnico-científico. A TB é vista pelos sujeitos como uma doença transmissível e curável, com causas ligadas aos hábitos de vida e se apresenta de forma tão temível que um depoente hesitou em verbalizar a palavra tuberculose, utilizando o termo doença perigosa, quando se referiu a ela.

*É uma infecção assim no pulmão, uma coisa assim. É uma doença transmissível, isso eu sei. Sempre que eu vou ao postinho, eu sempre leio: quem tem tosse mais de três semanas [...] é para procurar um hospital para ver se está com tuberculose ou não. Tem cura, isso eu sei. (E1)*

*Eu queria saber, uns dizem que é má alimentação [...], comigo ela está se repetindo, eu fiz tratamento em 2001, agora voltou. Diz que é má alimentação, quem faz extravagância e tal, o meu é isso aí. (E2)*

*Isso o que ele está falando é verdade, tem pessoas que falam uma coisa, outros falam outra. Falam que é friagem, desnutrição [...], eu penso que é uma doença perigosa, quero saber se pega na gente [...]. Eu queria saber porque estou com o meu neto lá em casa. (E3)*

Observa-se nos discursos dos depoentes que a compreensão sobre a TB não se trata de ausência de informação, mas sim da necessidade de se converter tal informação em conhecimento operacionalizado no contexto das famílias.

Segundo o referencial hermenêutico dialético habermasiano<sup>16</sup>, a esfera da condição humana, da interação guiada pela racionalidade comunicativa, apoiada na intersubjetividade, que visa ao entendimento mútuo a partir do qual as pessoas se colocam de acordo com seus projetos político-ideológicos e planos de ação, deve guiar a esfera instrumental, a fim de garantir que os saberes das famílias sobre a TB sejam compartilhados e discutidos mediante os interesses estritamente técnicos e biológicos a respeito da doença.

Nas práticas de saúde atuais, há grande investimento na qualificação dos profissionais de saúde para responder com êxito à técnica, mas não existe preocupação quanto à incorporação de dispositivos que favoreçam a interação e o compartilhamento para a construção dos projetos terapêuticos singulares. O discurso técnico-científico do profissional de saúde, na maioria das vezes, se impõe ao discurso do usuário destituindo este de legitimidade e validação e da sua condição de sujeito, que porta um discurso referente à sua própria interpretação das experiências vivenciadas no seu universo sociocultural<sup>19</sup>.

Nesse contexto, o cuidado deve constituir-se em uma relação entre equipe, família e paciente, à medida que se propõe a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida de todos os sujeitos envolvidos. Sendo assim, a atuação dos profissionais não pode se restringir às atividades técnicas, mas deve contemplar as trocas entre diferentes saberes e o conhecimento técnico-científico instituído, a fim de propiciar uma relação interpessoal segura e ética<sup>11,20</sup>.

### **Impacto na relação familiar face à doença**

A ocorrência da doença afeta o indivíduo doente e toda sua dinâmica familiar, levando à vivência da crise que ativa uma série de respostas e comportamentos diante das incertezas provocadas pela presença do agravo à saúde<sup>21</sup>.

No estudo, pacientes relatam sobre as mudanças ocorridas no convívio com a família e a sociedade, a partir da revelação diagnóstica – conforme o discurso a seguir:

*Da primeira vez que eu peguei (TB) minha irmã queimou todas as minhas coisas, até a coberta[...]depois começou a separar tudo. Faz cinco anos que eu nem tenho contato com eles. Desta vez minha mulher separou as minhas coisas das do moleque [...]. Onde ela trabalha, o chefe ia dispensar ela do serviço por causa da minha doença, que ela está convivendo comigo [...]. (E2)*

*Porque a gente sabe que a tuberculose é uma doença que é igual à hanseníase, que não pega e que não pega, mas todo mundo fica se afastando das pessoas doentes. (E1)*

Os sujeitos ao enfrentarem o adoecimento vivenciam um impacto emocional muito grande, marcado pelo isolamento nas relações dentro e fora da família<sup>6,8</sup>. Observa-se que os entrevistados manifestam o medo e a tristeza, e passam a imaginar que todos ao seu redor os percebem como diferentes, culpando-se pelo seu *status*.

No discurso da família não houve mudança e a separação de objetos é marcada pela ambivalência entre o cuidado com o outro e o estigma que permanece de forma não intencional. Ao longo dos séculos as representações negativas sobre a TB circularam e ainda permanecem na sociedade atual<sup>22</sup>.

*Em casa não mudou nada, ele está dormindo na sala porque o quarto no fundo é muito abafado [...], ele estava muito magrinho e não conseguia subir no beliche, então a gente optou pela sala, que a gente abre as janelas [...]. Eu também separei as roupas e o copo do meu neto está tudo separadinho. (E3)*

Apesar dessa ambivalência, estudo aponta que há preocupação das famílias em relação à discriminação que afeta o seu familiar doente, portanto, falar abertamente sobre a TB na comunidade e nos serviços de saúde em que o doente realiza o tratamento torna-se uma questão complexa e desafiadora que pode impedi-lo de ter apoio e acolhimento nas suas relações sociais<sup>23</sup>.

Essa situação demonstra a necessidade de ações efetivas em relação às orientações sobre a TB. Entretanto, ressalta-se que tais ações devem passar por um processo de resignificação, em que o compromisso político dos gestores e dos profissionais de saúde deve estar sensível à conjuntura social das famílias, no intuito de incluí-las na linha de cuidado ao doente de TB. Para tal, torna-se relevante o trabalho de uma equipe multiprofissional que esteja sensibilizada com a problemática e discutam as possibilidades de intervenções desde o aspecto biológico ao social da doença.

Toda ação comunicativa torna-se efetiva a partir da compreensão e entendimento mútuo das pessoas sobre algo<sup>13</sup>, sendo imprescindível para a formação de consensos e o rompimento do estigma na TB, a igualdade de chances no que refere aos discursos

dialogados. Dessa forma, é necessário estabelecer na dinâmica familiar e das equipes de saúde um processo dialógico e intersubjetivo.

### A tuberculose e os recursos terapêuticos alternativos existentes nas comunidades

A terapêutica baseada na prática tradicional da medicina é um aspecto presente na sociedade brasileira. Em determinados contextos, tal condição encontra-se arraigada na cultura, valores históricos e sociais das diferentes comunidades. A presente categoria é representada pela narrativa a seguir.

*Se ele (o paciente) tivesse ido direto à minha casa, ele não ia procurar o postinho, eu ia fazer um remédio caseiro, porque eu nunca ouvi falar dessa doença, pensava que era uma gripe, um resfriado [...] eu fazia remédio caseiro e daria um comprimido para ele. (E1)*

O desconhecimento sobre a TB, a associação com a gripe e o uso do medicamento caseiro é a explicação permeada pela crença e pelo conhecimento popular do depoente no enfrentamento da doença. Nota-se, então, a partir desta narrativa, a importância de estratégias educativas em saúde que levem em conta as crenças, o saber popular e os recursos terapêuticos alternativos existentes na comunidade, procurando não partir do pressuposto de que os sujeitos não têm conhecimento algum sobre a TB, mas refletir criticamente se os profissionais da saúde são capazes de orientá-los considerando as suas compreensões<sup>5</sup>.

Assim, o referencial estritamente biomédico não é suficiente para se ter acesso as compreensão das questões que envolvem famílias e pacientes acometidos pela TB. Para vivenciá-las como elemento constitutivo da condição humana, é necessário estabelecer a interlocução entre os diversos sistemas alternativos na construção de modelos de atenção a saúde com credibilidade social, considerando-se que a cisão entre o setor saúde e os demais sistemas alternativos tende a contribuir para a pulverização da TB nas comunidades<sup>24</sup>.

### CONCLUSÃO

Os conteúdos cognitivos das narrativas apontaram que o significado atribuído à TB, por familiares e pacientes, apresenta uma racionalidade que difere do conhecimento instituído pelo modelo técnico-científico. O adoecimento por TB em uma família afeta o indivíduo doente e toda sua dinâmica familiar, observa-se que pacientes vivenciam um impacto emocional, marcado pelo isolamento nas relações sociais, e a família convive com a ambivalência entre o cuidado com o outro e o estigma presente. As crenças e o conhecimento popular promovem a busca por recursos terapêuticos alternativos no enfrentamento da doença.

Como limitações do estudo, os autores destacam as perdas associadas à participação dos sujeitos e a dificuldade em falar abertamente sobre a doença no seu contexto, mas a partir de um universo de quatro sujeitos, pode-se desvendar aspectos importantes que interferem nos projetos terapêuticos e de vida dos familiares e pacientes acometidos pela TB. O estudo com apenas quatro sujeitos impede a generalização de seus achados.

É preciso refletir sobre a importância da família na trajetória de vida do paciente de TB como instituição social e a necessidade de reconhecê-la como rede de apoio e de intervenção na definição de políticas para o controle da TB.

### REFERÊNCIAS

1. Menéndez E. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo. Cuadernos Médico Sociales. 1992; 59:3-18.
2. Leite SN, Vasconcelos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doença e tratamento no cotidiano familiar. Hist cienc saúde-Manguinhos. 2006; 13:113-28.
3. Sousa AS, Kantorski LP, Bielemann VLM. A Aids no interior da família: percepção, silêncio e segredo na convivência social. Acta Sci Health Sci. 2004; 26:1-9.
4. Suit D, Pereira ME. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. Psicol USP. 2008; 19:317-40.
5. Rodrigues ILA, Souza MJ. Representações sociais de clientes sobre a tuberculose: desvendar para melhor cuidar. Esc Anna Nery. 2005; 9:80-7.
6. Baral SC, Deepak KK, Newell JN. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. BMC Public Health. 2007 [cited in 2011 Jul 25] 7:211. Available in: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/211>.
7. Somma D, Thomas BE, Karim F, Kemp J, Arias N, Gosoni GD, Abouihia A, Weiss MG. Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia. Int J Tuberc Lung Dis. 2008; 12:856-66.
8. Dodor EA, Kelly S. We are afraid of them': Attitudes and behaviours of community members towards tuberculosis in Ghana and implications for TB control efforts. Psychol Health Med. 2009; 14:170-9.
9. Atre S, Kudale A, Morankar S, Gosoni D, Weiss MG. Gender and community views of stigma and tuberculosis in rural Maharashtra, India. Glob Public Health. 2011; 6:56-71.
10. Clementino FS, Martiniano MS, Clementino, MJSM, Sousa JC, Marcolino EC, Miranda FAN. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. Rev enferm UERJ. 2011; 19:638-43.
11. Freitas IM, Crispim JA, Pinto IC, Villa TCS, Brunello MEF, Pinto PFPS, Arcêncio RA. Conhecimento e percepção sobre tuberculose das famílias de pacientes em tratamento diretamente observado em um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil. Texto contexto-enferm.

- 2012; 21:642-9.
12. Macq J, Solis A, Martinez G, Martiny P, Dujardin B. An exploration of the social stigma of tuberculosis in five "municipios" of Nicaragua to reflect on local interventions. *Health Policy*. 2005; 74:205-17.
  13. Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid (Es): Taurus; 1988.
  14. Fiorati RC, Saeki T. A inserção da reabilitação psicossocial nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: o conflito entre racionalidade instrumental e racionalidade prática. *Rev ter ocup USP*. 2011; 22:76-84.
  15. Fiorati RC, Saeki T. As atividades terapêuticas em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental: a inserção das ações psicossociais. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2012; 20:207-15.
  16. Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Madrid (Es): Ediciones Cátedra; 1994.
  17. Gatti BA. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília (DF): Líber Livro; 2005.
  18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
  19. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc*. 2004; 3:16-29.
  20. Formozo GA, Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20:124-7.
  21. Milioni DB, Sanchez KOL, Nunes MDR, Filizola CLA, Ferreira NMLA, Dupas G, et al. Enfermagem familiar: o conhecimento produzido para além das fronteiras nacionais. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:650-6.
  22. Pôrto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev Saude Publica*. 2007; 41:43-9.
  23. Johansson E, Long NH, Diwan VK, Winkvist A. Attitudes to compliance with tuberculosis treatment among women and men in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1999; 3:862-8.
  24. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2008; 42:914-20.

