

Marcela Paschoal Popolin¹
Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues²
Inês Fronteira³
Mellina Yamamura¹
Marcelino Santos Neto¹
Ricardo Alexandre Arcêncio¹

**Awareness about tuberculosis,
social stigma and healthcare-
seeking behaviour**

| Conhecimento sobre tuberculose, estigma social e a busca pelos cuidados em saúde

ABSTRACT | Introduction: *In the twenty-first century, tuberculosis (TB) remains misrepresented and stigmatized, which may affect healthcare-seeking behaviour. Objective:* *To assess the impact of the misrepresentation of TB and the strong stigma attached to this condition healthcare-seeking behavior of patients and families. Methods:* *This systematic review paper searched studies addressing issues relating TB awareness and social stigma to healthcare-seeking behaviour. Inclusion criteria were as follows: full articles published between 2002 and 2012, and which were freely available either in Portuguese or English. Dissertations, thesis and editorial notes were excluded. Results:* *17 met the inclusion criteria: six (35.3%) in Africa, seven (41.2%) in Asia and four (23.5%) in the Americas. A relationship was found between lack of awareness about TB and diagnosis delay. Negative attitudes towards tuberculosis and the presence of social stigma also negatively affected healthcare-seeking behavior, and segregation and isolation patterns were found to be common. Conclusion:* *Raising awareness about TB and overcoming the stigma of the disease would contribute to change negative healthcare-seeking behaviour and to disease control.*

Keywords | *Tuberculosis; Social stigma; Awareness; Healthcare-seeking behavior.*

RESUMO | Introdução: No século XXI, a tuberculose (TB) ainda se configura como uma doença que traz distorções ao seu significado, com diferentes interpretações por parte da população, o que pode acarretar prejuízos na busca pelos cuidados em saúde. **Objetivo:** identificar a influência do conhecimento da tuberculose e do estigma social na busca pelos cuidados em saúde pelas famílias e pacientes com a doença. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática, em que foram incluídos estudos observacionais os quais abordassem questões relacionadas ao conhecimento e ao estigma social na busca pelos cuidados em saúde. Foram selecionados estudos publicados entre 2002 e 2012, cujo texto estivesse disponível em *free full text* em português ou inglês. Foram excluídas dissertações, teses e notas editoriais. **Resultados:** Dos 17 artigos selecionados, seis foram situados na África (35,3%), sete (41,2%) na Ásia e quatro (23,5%) nas Américas. O desconhecimento mostrou-se relacionado ao atraso no diagnóstico. Atitudes negativas diante da tuberculose e a presença do estigma social também influenciaram nos cuidados, pois muitas pessoas protelavam a busca pelos serviços de saúde e apresentavam comportamentos de segregação e isolamento. **Conclusão:** O estudo permitiu verificar uma relação entre o conhecimento da TB e o estigma social na busca pelos cuidados em saúde pelas famílias e pacientes. Assim, considera-se que o conhecimento sobre a TB e a superação do estigma permanecem como desafios para a busca dos cuidados em saúde e para o controle da doença.

Palavras-chave | Tuberculose; Conhecimento; Estigma Social; Pacientes.

¹Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, Brasil.

²Universidade Federal do Mato Grosso, Sinop/MT, Brasil.

³Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

INTRODUÇÃO |

A tuberculose (TB) permanece como um grande problema de saúde pública, atingindo 8,6 milhões de pessoas em todo o mundo, das quais três milhões não foram diagnosticadas por não terem acesso aos serviços de saúde, o que preocupa as autoridades sanitárias mundiais^{1,2}.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelaram que essas pessoas não foram diagnosticadas devido à falta de recursos para deslocamento aos serviços de saúde, pela incompreensão da doença, bem como dos seus sinais e sintomas, pelo desconhecimento de onde procurar atendimento e em decorrência do estigma social, que se apresenta marcante ainda em algumas comunidades².

A OMS vem lançando uma campanha em prol da reorganização do sistema de saúde, com vistas à garantia do acesso das pessoas aos serviços. Segundo autores, o acesso é determinado por quatro dimensões explicativas (política, econômica, técnica e simbólica), contemplando desde a relação entre a oferta e demanda, a planificação e organização da rede de serviços, a consciência sanitária e organização popular até a representação social acerca da doença e dos serviços de saúde³.

A busca pelos cuidados em saúde, portanto, engloba toda essa complexidade e, assim, mesmo que o paciente possa ingressar nos serviços, poderá ter dificuldades ao longo do tratamento, resultando em desfechos não esperados como a não adesão, internações, óbitos, entre outros⁴.

Um estudo de revisão sistemática, elaborado na Califórnia e publicado recentemente, identificou variações culturais em termos do conhecimento e do estigma social da TB e, por conseguinte, na busca pelos cuidados em saúde⁵. Em áreas onde o estigma social era presente, as comunidades tendiam a esconder ou refutar o diagnóstico e o tratamento da doença, e isso trazia grandes prejuízos ao paciente e à comunidade. Há, também, outros estudos revelando que, quando uma pessoa ou comunidade não possui conhecimento sobre a TB, tende a aderir menos ao tratamento e sofrer mais discriminação e preconceito, evoluindo para a autoexclusão^{6,7}.

Assim, propôs-se com o estudo, por meio de uma revisão sistemática, identificar a influência do conhecimento da TB e do estigma social na busca pelos cuidados em saúde pelas famílias e pacientes.

MÉTODOS |

Trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) que esteve sustentada no trabalho de Sampaio e Mancini⁸. A Figura 1, de forma bem abrangente, apresenta as etapas percorridas pelos autores para alcance dos objetivos propostos.

Assim, a pergunta da presente investigação foi: qual a influência do conhecimento da TB e do estigma social na busca pelos cuidados em saúde pelos familiares e pacientes?

A busca dos estudos foi realizada em abril de 2013, nas bases de dados LILACS, PubMed e CINAHL. Foram utilizados descritores em português e inglês, *tuberculose (tuberculosis)*, *conhecimento (knowledge)*, *atitudes (attitudes)*, *estigma social (social stigma)*, *famílias (family)* e *pacientes (patients)*.

Para a revisão, foram incluídos estudos observacionais (transversais, caso-controle e coorte)⁹, publicados entre 2002 e 2012, visando contemplar maior número de produções sobre a temática nos últimos 10 anos, cujo texto estivesse disponível em *free full text*, em português ou inglês. Excluíram-se estudos ecológicos, estudos qualitativos, dissertações, teses e notas editoriais^{10,11}.

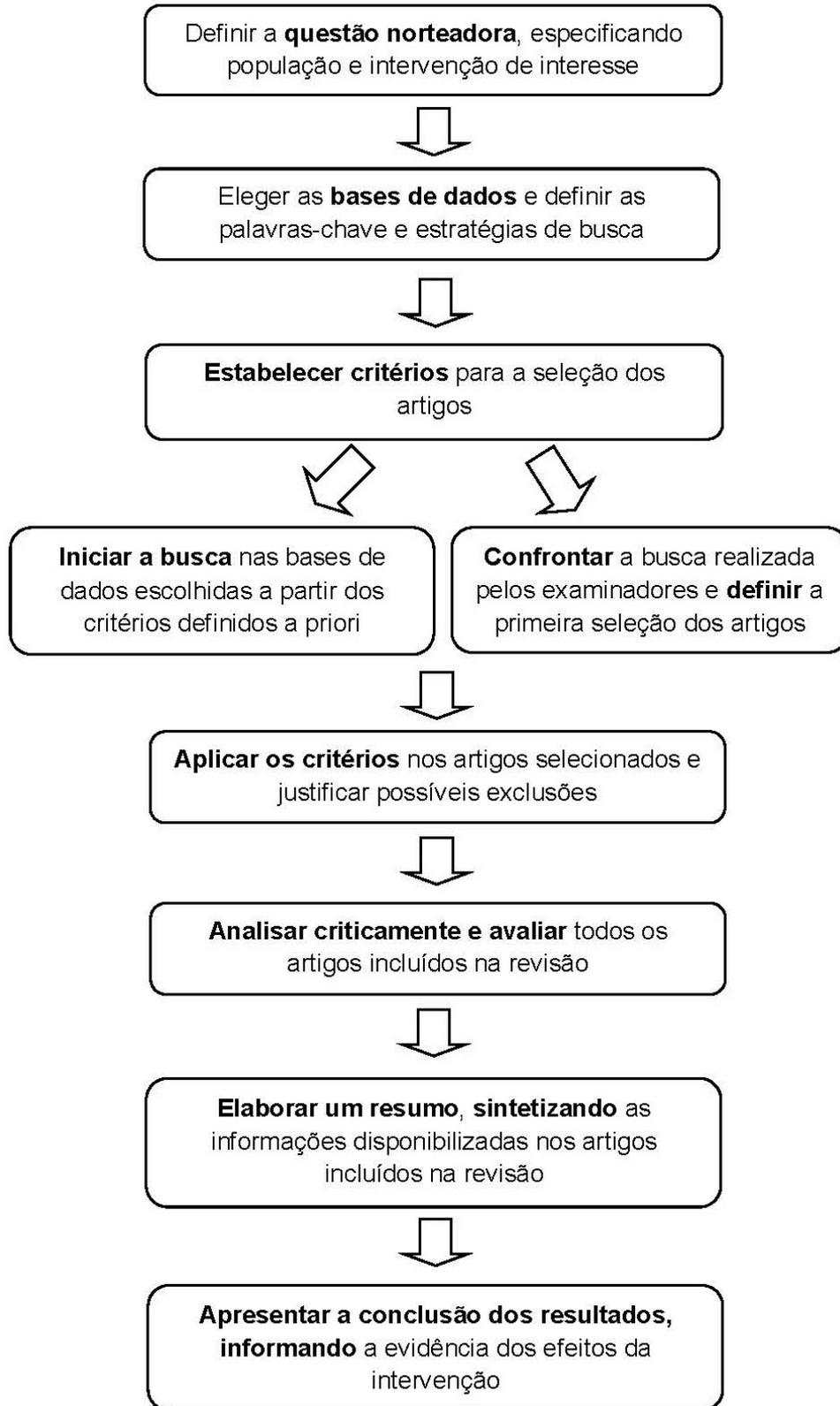
Uma vez definidos os critérios, procedeu-se à busca pelos artigos científicos. Os estudos identificados foram avaliados obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão: tipo de estudo, questão PICO (P – paciente; I – intervenção; C – comparação; O – “outcomes” desfecho), período de publicação, texto na íntegra e idioma. No entanto, aqueles que não obedeceram aos critérios supracitados foram excluídos.

Diferentemente de Sampaio e Mancini⁸, a coleta de dados foi realizada por apenas um revisor. Todavia, sempre que existiam dúvidas relativas à inclusão ou rejeição do estudo, era consultado um segundo revisor.

Para os artigos incluídos na análise, aplicou-se um formulário de modo a uniformizar a coleta de dados e minimizar os eventuais vieses que se pudessem introduzir^{12,13,14}. Desta forma, foram colhidos dados sobre os autores, local da pesquisa, objetivo do estudo, natureza do estudo e resultados observados.

Ademais, a fim de facilitar a análise dos resultados e síntese dos artigos, foram confeccionados quadros sinópticos (Quadro 1

Figura 1 - Descrição geral sobre o processo de Revisão Sistemática da Literatura



Fonte: Adaptado de Sampaio e Mancini⁸

e Quadro 2) com dados obtidos dos estudos que compuseram a amostra final e apresentados em categorias temáticas: conhecimento e estigma social. Dada a heterogeneidade dos resultados, não foram realizadas a metanálise e a avaliação da qualidade dos estudos.

RESULTADOS |

A Figura 2 apresenta as etapas para a seleção dos artigos. Ao todo, foram incluídos 17 artigos.

Em relação à nacionalidade dos artigos da amostra, constatou-se que sete estudos (41,2%) foram realizados na Ásia, seis (35,3%) na África, dois (11,7%) no Brasil, um (5,9%) na América do Norte e um (5,9%) na América do Sul.

Quanto ao idioma, 15 (88,3%) eram em inglês e dois (11,7%) em português.

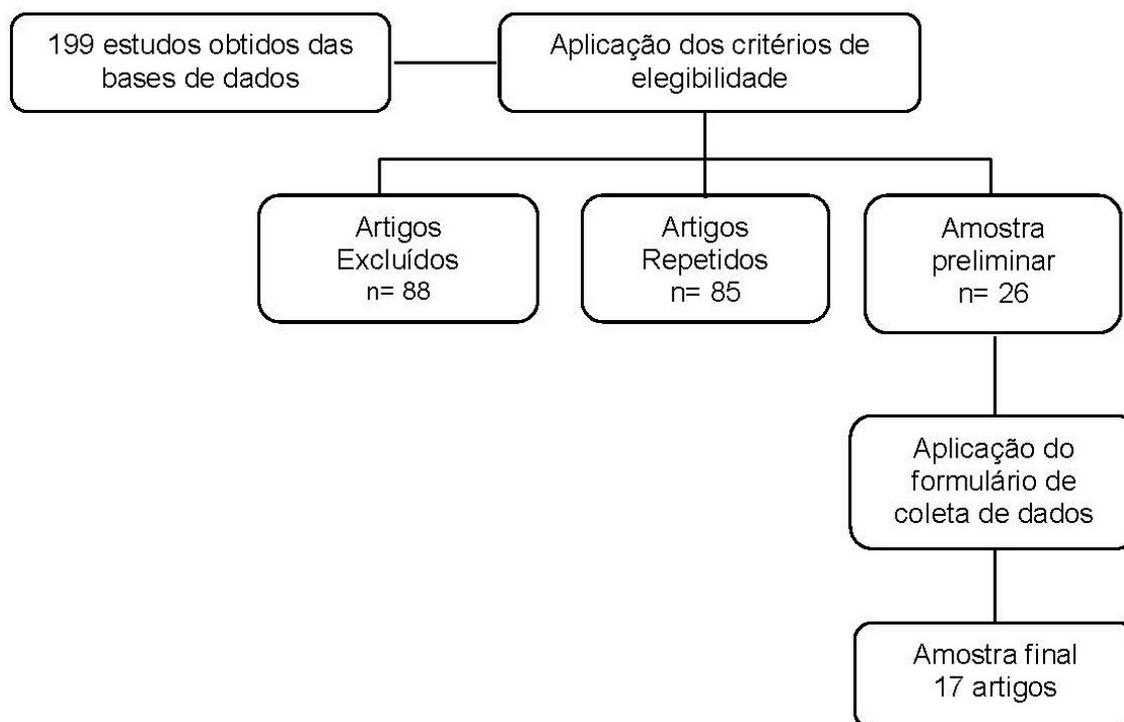
Em relação ao ano de publicação, um (5,9%) estudo foi publicado em 2004, quatro (23,5%) em 2008, um (5,9%)

em 2009, quatro (23,5%) em 2010, dois (11,7%) em 2011 e cinco (29,5%) em 2012.

No tocante ao tipo de estudo, 15 (88,3%) eram estudos quantitativos, sendo 14 estudos transversais (82,4%) e um estudo de caso-controle (5,9%), e dois (11,7%) eram de abordagem mista (quantitativo e qualitativo). Quanto à amostra, nove (53,0%) não mencionavam qual o tipo; em seis (35,3%), ela era aleatória e em dois (11,7%) não aleatória. Apenas 11 (64,7%) referiam os critérios de inclusão, nove (53,0%) citavam as medidas de controle de confundimento, e oito (47,0%) não apresentavam tais medidas.

No tocante ao conhecimento sobre TB, dos 10 artigos encontrados, seis (60%) sugeriram uma associação deste com a busca pelos cuidados de saúde. Ademais, os estudos demonstraram que o conhecimento se revelava deficiente nos pacientes e famílias, notadamente quanto aos sintomas, período de tratamento e modo de transmissão, o que acarretava atraso no diagnóstico e no tratamento da doença (Quadro 1).

Figura 2 - Diagrama de Fluxo relacionado ao processo de seleção dos artigos



Quadro 1 - Síntese dos estudos relacionados ao conhecimento sobre tuberculose nas famílias e pacientes acometidos por esta doença

Autor e Ano	Local	Objetivo	Natureza do Estudo	Principais Resultados Observados	Influência do conhecimento na busca dos cuidados de saúde
Das <i>et al.</i> (2012)	Bengala Ocidental 2011	Identificar o conhecimento e percepção sobre as variáveis sociais de TB e associar com o seu estado de alfabetização.	Transversal	Baixo nível de informações e crenças erradas sobre a TB. Tosse relatada como o sintoma mais comum; conhecimento sobre TB, a partir da família, amigos e vizinhos.	Sim
Freitas <i>et al.</i> (2012)	Ribeirão Preto 2010	Descrever o perfil demográfico das famílias de pacientes em TDO e analisar o conhecimento e percepção em relação à TB.	Transversal	Conhecimento das famílias considerado satisfatório; A maioria referiu corretamente a forma de transmissão e os sintomas; Maioria não soube precisar o período de transmissibilidade e a duração do tratamento.	Não
Tasnim <i>et al.</i> (2012)	Dhaka 2008	Determinar o conhecimento dos pacientes de TB sobre a TB e sua percepção da doença.	Transversal	Conhecimento sobre TB muito bom; Diagnóstico associado ao medo da perda de salário e estigma; alguns se sentiam negligenciados e isolados na família.	Sim
Tachfouti <i>et al.</i> (2012)	Fez 2009 e 2010	Descrever o impacto do conhecimento da TB e atitudes sobre a adesão ao tratamento entre a comunidade Fez	Caso-controle	Conhecimento da TB insatisfatório; poucos sabiam o modo de transmissão e duração do tratamento; Principal razão para não adesão ao tratamento foi a impressão de estar curado.	Sim
Costa <i>et al.</i> (2011)	Rio Grande 2006	Determinar a prevalência do conhecimento da TB e fatores associados ao tratamento em doentes e familiares.	Transversal	Baixa prevalência de conhecimento sobre o tratamento da TB; Tipo de cliente, nível de escolaridade e sexo feminino apontaram para maior conhecimento frente a TB.	Sim
Sanneh e Pollock (2010)	Gâmbia 2005 e 2006	Comparar o tratamento e a medicação diária e destacar razões para inadimplentes na DOTS.	Mista	Conhecimento sobre TB deficiente; Maioria descreveu primeiros sintomas como tosse constante, dificuldade em respirar e dor no peito.	Não
Baldwin <i>et al.</i> (2010)	Iquitos 2002	Descrever o conhecimento e atitudes sobre a TB e avaliar como essas crenças afetam o comportamento de busca de saúde.	Transversal	Conhecimento considerável sobre a TB; Estigma social minimizado; Jovens com maior escolaridade sabiam que a infecção pelo HIV predispõe para a TB.	Não
Mulenga <i>et al.</i> (2010)	Ndola 2006 e 2007	Descrever os cuidados para TB e a associação com a adesão ao tratamento e alusão à atitude do paciente na procura por cuidados.	Transversal	Tosse o sintoma mais identificado; maioria sabia o modo de transmissão; Conhecimento alto sobre a duração do tratamento.	Não
MAAMARI <i>et al.</i> (2008)	Síria 2003	Identificar as lacunas sob o DOTS, a fim de auxiliar no planejamento de futuras intervenções.	Transversal	Conhecimento insuficiente sobre TB; quanto à presença de uma vacina e duração de tratamento; Já tinham ouvido falar sobre a TB, por campanhas ou a partir da informação de um doente, parente ou amigo.	Sim
Kaona <i>et al.</i> (2004)	Ndola, Zâmbia 2004	Identificar fatores que contribuem para a adesão ao tratamento e conhecimento da transmissão da doença entre os doentes de TB.	Transversal	Conhecimento sobre os sintomas não variaram com escolaridade ou idade; Falta de conhecimento sobre a terapêutica esteve associada à não adesão ao tratamento.	Sim

Quadro 2 - Síntese dos estudos relacionados ao estigma social da tuberculose nas famílias e pacientes acometidos por esta doença

Autor e Ano	Local	Objetivo	Natureza do Estudo	Principais Resultados Observados	Influência do estigma na busca pelos cuidados em saúde
Hussen <i>et al.</i> (2012)	Zona Bale 2011	Obter informações sobre os fatores que influenciam o atraso no tratamento da TB entre os pastores na zona Bale e na Etiópia.	Transversal	Acesso e problemas financeiros relacionados à demora na procura de tratamento; Sexo, nível de conhecimento e estigma da TB não mostraram diferença significativa no tempo de apresentação para os cuidados de saúde.	Não
Kipp <i>et al.</i> (2011)	Tailândia 2005 e 2006	Testar se características sociodemográficas, o conhecimento da TB, fatores clínicos e aids estão associados com o estigma entre duas populações diferentes.	Transversal	Educação primária e estigma da aids apresentaram associação com o estigma da TB; Estado civil, problemas financeiros, angústia social e procura de cuidados em hospital estavam associados ao aumento do estigma.	Sim
Coreil <i>et al.</i> (2010)	Sul da Flórida 2004 e 2007	Identificar os componentes do estigma nas duas populações estudadas e compreender as influências contextuais.	Mista	A estrutura social relacionada à percepção do estigma; Identidade do grupo, como população imigrante negativamente estereotipada; Esconde de sua família seu diagnóstico e reluta em divulgar para pessoas de fora da casa.	Sim
Jittimane <i>et al.</i> (2009)	Tailândia 2005/2006	Avaliar o estigma e o conhecimento da TB e HIV em pacientes infectados pelo HIV e TB na Tailândia.	Transversal	Relataram atitudes coerentes ao estigma da TB e apresentaram lacunas de conhecimento sobre TB/HIV; Estigma da TB associado ao uso de antibióticos; Baixo conhecimento da TB; Alto conhecimento do HIV.	Sim
Woith e Larson (2008)	Rússia 2005	Descrever a representação da TB e determinar se o estigma é preditor do atraso na procura e adesão ao tratamento na Rússia.	Transversal	Não reconhecimento dos sintomas associados ao atraso e demora no tratamento; Insegurança financeira e vergonha internalizada foram preditores significativos de adesão ao tratamento.	Sim
Van Rie <i>et al.</i> (2008)	Tailândia 2004/2005	Desenvolver escalas para medir o estigma da TB e HIV/aids para determinar os fatores e avaliar os efeitos dos programas de redução de estigma.	Transversal	Quase todos os pacientes e membros da comunidade sabiam que a TB era curável; Alto nível de conhecimento entre a TB e o HIV estava presente entre todos os participantes.	Não
Ottmani <i>et al.</i> (2008)	Marrocos 2000	Examinar as crenças acerca da TB em pacientes com a doença e outros indivíduos e explorar o estigma e suas consequências para TB.	Transversal	Utilização dos serviços de saúde influenciados pelas crenças e estigma; Atraso no diagnóstico por falta de conhecimento e estigma da TB, medo de exposição e desconhecimento do tratamento.	Sim

Com relação ao estigma social da TB nas famílias e pacientes acometidos por essa doença, observou-se que dos sete artigos que abordaram o tema, cinco (71,4%) relataram uma associação do estigma com a busca pelos cuidados de saúde (Quadro 2).

DISCUSSÃO |

O estudo buscou identificar a influência do conhecimento da TB e do estigma social na busca pelos cuidados em saúde. Na amostra dos estudos selecionados, pode-se verificar que o conhecimento e o estigma são fatores que têm influência na busca pelos cuidados em saúde, sendo possível observar também padrões culturais distintos das populações na própria interpretação do modelo causal da doença e, assim, na procura pelos serviços de saúde. Existem áreas em que a medicina tradicional, com chá e ervas, é mais socialmente aceita, o que acaba por levar alguns pacientes a refutarem a terapêutica, optando por essas medidas comunitárias alternativas^{15,16}.

Observou-se também, áreas em que as mulheres são mais penosamente estigmatizadas pela tuberculose quando comparadas aos homens, fazendo com que elas escondam das famílias o diagnóstico e resistam ao tratamento¹⁷.

Um estudo evidenciou que algumas mulheres foram consideradas não aptas ao casamento depois do diagnóstico da doença. Em países nos quais culturalmente o casamento é condição imposta à mulher, muitas dessas tendem a não procurar os serviços de saúde para não serem descobertas e, assim, conseguirem o enlace¹⁸.

Ademais, estudos demonstram que, em dados contextos, as mulheres são mais propensas a negligenciar a sua doença até se tornarem muito doentes, porquanto são mais vulneráveis e enfrentam mais barreiras culturais do que os homens. Elas têm papéis restritos no lar e na comunidade, tornando-se mais susceptíveis ao impacto do estigma¹⁹.

A demora do diagnóstico é outro ponto crítico dessa discussão, haja vista que implica — além de sequelas irreversíveis para o paciente de TB, mesmo que este venha a se curar, tendo menos qualidade de vida — um impacto na coletividade, uma vez que um paciente bacilífero num período de um ano pode infectar outras 15 pessoas²⁰.

Destaca-se que, embora os estudos tenham evidenciado uma relação entre conhecimento e estigma na busca pelos cuidados, eles se constituem, em sua maioria, de estudos de natureza transversal, que, pela própria característica do delineamento, apresentam limitações e têm fraco nível de evidência²¹.

No que se refere à amostragem, apenas seis artigos da amostra descreveram o delineamento amostral, e este estava coerente com a intencionalidade dos autores de representatividade da amostra. Destaca-se que a maioria deles adotou medidas pertinentes para reduzir o efeito do viés de aferição, adotando instrumentos de medidas calibrados e com rigor em termos de validação psicométrica. Verificou-se, também, que mais da metade dos estudos adotaram medidas para o controle dos fatores de confundimento, utilizando-se de técnicas de análise de regressão múltipla.

Em relação ao conhecimento da TB, observou-se que, em mais da metade dos artigos, os pacientes e suas famílias não o possuíam relativamente aos sintomas, causas, modo de transmissão, diagnóstico e tratamento. Essa situação pode acarretar fragilidades na detecção precoce da doença e na confirmação do diagnóstico, bem como na identificação dos sintomáticos respiratórios pelos serviços de saúde. Os sintomáticos respiratórios desconheciam onde procurar atendimento ou apenas o procuravam quando as formas tradicionais de aliviar os sintomas falhavam ou eles se agudizavam²²⁻²⁶.

Além disso, alguns autores apontam que a falta de informação adequada acerca da doença pode favorecer o abandono do tratamento, repercutindo em altos índices de prevalência, mortalidade e multidrogaresistência^{27,28}. Além disso, o desconhecimento sobre a doença pode resultar em comportamentos não coerentes ou injustificados, os quais tendem a ter impacto negativo no tratamento, como a segregação física, separação de roupas e de utensílios domésticos. Tais atitudes têm interferências na qualidade de vida e bem-estar dos pacientes, levando-os a, algumas vezes, optarem pela interrupção do tratamento^{29,30}.

Um estudo realizado no Nepal identificou, na população estudada, deficiente conhecimento sobre a TB e um forte estigma da doença, demonstrando que a presença desses fatores associados à má compreensão da doença e às dificuldades na prestação dos cuidados em saúde foram os principais motivos para o atraso no diagnóstico e tratamento³¹.

Assim, a instituição de um cuidado humanizado que valorize o paciente e sua família e que introduza tecnologias relacionais nesse processo é um aspecto relevante para a melhoria do acesso dos pacientes aos serviços de saúde. Trabalhos na comunidade são também importantes tecnologias para elevação do conhecimento comunitário sobre a questão da TB e para a redução do estigma.

Vê-se que uma família investida de poder em termos de conhecimento sobre a doença e proativa em seu processo saúde-doença terá todas as condições de oferecer suporte social ao seu ente que está doente e, ainda, contribuir na adesão ao tratamento. Um estudo realizado por Cardozo-Gonzales *et al.*³² já evidenciou a importância do envolvimento de um membro da família na realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Portanto, novos dispositivos institucionais são relevantes no sentido de trabalhar a consciência sanitária da população acerca da doença para que sejam produzidos resultados em saúde de maior impacto, como o aumento da taxa de cura e a diminuição da mortalidade por TB.

Destaca-se que a OMS aprovou recentemente uma ousada meta de eliminação da tuberculose até 2050¹ e, ainda, de redução dos óbitos em 95% até 2035. Assim, novas estratégias devem ser repensadas em termos de otimização dos recursos em saúde atualmente disponíveis.

Desse modo, uma questão chave seria a ampliação do acesso da população e rupturas das barreiras econômicas, geográficas e organizacionais. Ademais, em termos culturais, um movimento social assinalando que a TB tem cura e a ampliação dos serviços disponíveis à comunidade para diagnóstico e tratamento seriam mecanismos profícuos para o diagnóstico precoce.

A revisão sistemática contribuiu para verificar alguns determinantes da busca pelos cuidados em saúde trazendo elementos para se pensarem novas estratégias no tocante ao plano de cuidado para o paciente com TB. Por meio dela, foi possível verificar os desafios da comunidade em lidar com questões ainda pouco compreendidas, observando que a TB é miscível ao imaginário social das comunidades, às suas crenças, aos seus valores e à sua cultura.

Além disso, esta revisão levanta tais aspectos como uma problemática a ser superada no século XXI, pois, segundo Sampaio e Mancini⁸, a revisão sistemática é uma panaceia e um método que deve ser incorporado ao arsenal científico para auxiliar na tomada de decisão em saúde.

CONCLUSÃO |

O estudo permitiu verificar uma relação do conhecimento da TB e do estigma social com a busca pelos cuidados em saúde pelas famílias e pacientes. Todavia, fazem-se necessários novos estudos com novas abordagens metodológicas para evidenciar uma associação mais forte entre essas variáveis. Por outro lado, o estudo permitiu mostrar também que o desconhecimento sobre a TB e a superação do estigma da doença permanecem como desafios para a busca dos cuidados em saúde e para o controle da doença. Assim, entende-se que esta revisão poderá fornecer informações a respeito desses fatores nas comunidades e auxiliar na formulação de ações de saúde e na tomada de decisões as quais contribuam para o controle da tuberculose.

REFERÊNCIAS |

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2014. Geneva: WHO; 2014.
2. World Health Organization. Reach the 3 million: find. treat. cure tb. Geneva: WHO; 2014.
3. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012; 17(11):2865-75.
4. Lönnroth K, Castro KG, Chakaya JM, Chauhan LS, Floyd K, Glaziou P, *et al.* Tuberculosis control and elimination 2010-50: cure, care, and social development. *Lancet*. 2010; 375(9728):1814-29.
5. Chang SH, Cataldo JK. A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014; 18(2):168-73.
6. Woith WM, Larson JL. Delay in seeking treatment and adherence to tuberculosis medications in Russia: a survey of patients from two clinics. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45(8):1163-74.
7. Jittimane SX, Nateniyom S, Kittikraisak W, Burapat C, Akksilp S, Chumpathat N, *et al.* Social stigma and knowledge of tuberculosis and HIV among patients with both diseases in Thailand. *PLoS One*. 2009; 4(7):1-7.

8. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para a síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter.* 2007; 11(1):83-9.
9. Porta M, editor. *A dictionary of epidemiology.* 5. ed. New York: Oxford University Press; 2008.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-64.
11. Waltz CF, Strickland OL, Lenz RE. *Measurement in nursing and health research.* 4. ed. New York: Springer Publishing Company; 2010.
12. Alderson P, Green S, Higgins JPT, editores. *Cochrane reviewers' handbook 4.2.3* [Internet]. London: The Cochrane Collaboration; 2004 [acesso em 02 maio 2013]. Disponível em: URL: <<http://www.qtnpr.ca/files/handbook.pdf>>.
13. Alderson P, Green S. *Cochrane Collaboration open learning material for reviewers version 1.1* [Internet]. London: The Cochrane Collaboration; 2002 [acesso em: 02 maio 2013]. Disponível em: URL: <<http://www.cochrane-net.org/openlearning/>>.
14. Olsen O. *Guidelines for inclusion of non-randomised studies in Cochrane reviews.* London: The Cochrane Collaboration; 2001.
15. Moller V, Erstad I, Cramm JM, Nieboer AP, Finkenflügel H, Radloff S, et al. Delays in presenting for tuberculosis treatment associated with fear of learning one is HIV-positive. *Afr J AIDS Res.* 2011; 10(1):25-36.
16. Muture BN, Keraka MN, Kimuu PK, Kabiru EW, Ombeka VO, Oguya F. Factors associated with default from treatment among tuberculosis patients in Nairobi province, Kenya: a case control study. *BMC Public Health.* 2011; 11:696.
17. Coreil J, Mayard G, Simpson KM, Lauzardo M, Zhu Y, Weiss M. Structural forces and the production of TB-related stigma among Haitians in two contexts. *Soc Sci Med.* 2010; 71(8):1409-17.
18. Dhingra VK, Khan S. A sociological study on stigma among TB patients in Delhi. *Indian J Tuberc.* 2010; 57(1):12-8.
19. Somma D, Thomas BE, Karim F, Kemp J, Arias N, Auer C, et al. Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008; 12(7):856-66.
20. Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines for the investigation of contacts of persons with infectious tuberculosis: recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC.* *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2005; 54(15):1-47.
21. Fronteira I. Estudos observacionais na era da medicina baseada na evidência: breve revisão sobre a sua relevância, taxonomia e desenhos. *Acta Med Port.* 2013; 26(2):161-70.
22. Pereira MG. *Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
23. Oliveira SAC, Ruffino Netto A, Villa TCS, Vendramini, SHF, Andrade RLP, Scatena LM. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009; 17(3):361-7.
24. Barreto AJR, Sá LD, Nogueira JA, Palha PF, Pinheiro PGOD, Farias NMP, et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(7):1875-84.
25. Kasse Y, Jasseh M, Corrah T, Donkor SA, Antonio M, Jallow A, et al. Health seeking behaviour, health system experience and tuberculosis case finding in Gambians with cough. *BMC Public Health,* 2006; 6:143.
26. Maamari F. Case-finding tuberculosis patients: diagnostic and treatment delays and their determinants. *East Mediterr Health J.* 2008; 14(3): 531-45.
27. Ferracio M, Cruz RA, Biagolini REM. Tratamento supervisionado da tuberculose: a opinião da equipe do Programa Saúde da Família. *Saúde Col.* 2007; 4(14):55-61.
28. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(4):712-8.

29. Freitas IM, Crispim JA, Pinto IC, Villa TCS, Brunello MEF, Pinto PFPS, et al. 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(3):642-9.

30. Crispim JA, Fiorati RC, Queiroz AAR, Pinto IC, Palha PF, Arcêncio RA. Tuberculose no contexto das famílias: as vivências de familiares e pacientes acometidos pela doença. *Rev Enferm UERJ.* 2013; 21(esp. 1):606-11.

31. Lewis PC, Newell JN. Improving tuberculosis care in low income countries: a qualitative study of patients' understanding of "patient support" in Nepal. *BMC Public Health [Internet].* 2009; 9(190) [acesso em 05 jan 2015]. Disponível em: URL: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-190.pdf>>.

32. Cardozo Gonzáles RI, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino Netto A, Villa TCS. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16(1):95-100.

Correspondência para/Reprint request to:

Marcela Paschoal Popolin

*Departamento de Enfermagem Materno infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Av. Bandeirantes 3900,*

Monte Alegre, São Paulo - SP, Brasil

CEP: 14040-902

E-mail: marcelappopolin@gmail.com

Submetido em: 13/10/2014

Aceito em: 10/03/2015