

Washington da Silva Santos<sup>1</sup>  
Zenilda Nogueira Sales<sup>1</sup>  
Ramon Missias Moreira<sup>2</sup>  
Bruno Gonçalves de Oliveira<sup>1</sup>  
Eliane dos Santos Bomfim<sup>1</sup>

**Social representations of patients with pulmonary tuberculosis on confrontations with social and personal conflicts**

## **| Representações Sociais de pessoas com tuberculose pulmonar sobre os enfrentamentos diante dos conflitos sociais e pessoais**

**ABSTRACT | Introduction:** *Tuberculosis is a serious public health problem in Brazil and in the world, where attitudes and behaviors by the population in face of this reality are driven by the social construction of its signs and symbols concerning this disease. Objective:* *To fathom the social representations of people with pulmonary tuberculosis on the confrontations in face of the social and personal conflicts of the ones who experience or have already experienced the disease. Methods:* *This is a qualitative, descriptive, analytical and exploratory research, having as theoretical reference the Theory of Social Representations in the procedural approach. The study was conducted in three (3) Basic Health Units of the municipality of Jequié, Bahia, Brazil. Twenty-six individuals who were undergoing or have undergone chemotherapy for pulmonary tuberculosis participated in the study. For data collection, the semi-structured interview was used, and the data were processed through thematic content analysis. Results:* *After the thematic analysis of the content, two categories emerged, namely social attitudes of the individual in face of tuberculosis and prejudices they have experienced. Conclusion:* *In this study it was concluded that the empirical categories demonstrated the necessity and importance of considering pulmonary tuberculosis as a disease that goes beyond physical and biological aspects, insofar as it is related to and associated with health, life and work conditions of this population.*

**Keywords |** *Tuberculosis; Social perception; Attitude towards health.*

**RESUMO | Introdução:** A tuberculose é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e atitudes e comportamentos da população diante dessa realidade são movidos a partir da construção social de seus signos e simbologias sobre essa doença. **Objetivo:** Aprender as representações sociais de pessoas com tuberculose pulmonar sobre os enfrentamentos diante dos conflitos sociais e pessoais que vivenciam ou já vivenciaram a doença. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho descritivo, analítico e exploratório, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais na abordagem processual. Realizada em 3 (três) Unidades Básicas de Saúde do município de Jequié, Bahia, Brasil, participaram do estudo 26 indivíduos que estavam vivenciando ou vivenciaram o tratamento quimioterápico para a tuberculose pulmonar. Para coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, e os dados foram processados através da análise de conteúdo temática. **Resultados:** Após a análise temática de conteúdo, emergiram 02 categorias, que são atitudes sociais da pessoa diante da tuberculose e preconceitos vividos. **Conclusão:** Concluímos que as categorias empíricas demonstraram, nesta pesquisa, a necessidade e a importância de se encarar a tuberculose pulmonar como uma doença que vai além dos aspectos físicos e biológicos, na medida em que se relaciona e se associa com as condições de saúde, de vida e de trabalho dessa população.

**Palavras-chave |** Tuberculose; Percepção social; Atitude frente à saúde.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié/BA, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa ocasionada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o agente causador da doença que acomete principalmente os pulmões<sup>1</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a TB é considerada um problema global de saúde pública, doença curável com uma elevada notificação anual. No Brasil, anualmente são notificados cerca de 70 mil casos novos, ocasionando em 4,6 mil mortes em decorrência da doença, ocupando assim o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo<sup>2</sup>.

Sendo assim, nos últimos 17 anos no Brasil, a tuberculose apresentou queda de 38,7% na taxa de incidência e 33,6% na taxa de mortalidade. A tendência de queda em ambos os indicadores vem-se acelerando ano após ano em um esforço nacional, o que poderá determinar o efetivo controle da tuberculose, e o agravo deixará de ser um problema para a saúde pública<sup>1,3</sup>. Contudo, sabe-se que a doença não só tem um caráter biomédico como também traz consigo um cunho social que a atravessa por décadas, pois envolvem tabus e crenças de natureza simbólica, cercada de estigma e preconceitos<sup>4</sup>.

Desta forma, optou-se por desenvolver um estudo de representações sociais sobre a tuberculose pulmonar e sua relação com os fatores sociais e com o sistema de valores uma vez que as atitudes e comportamentos da população diante dessa realidade são movidos a partir da construção social de seus signos e simbologias sobre essa doença.

A tuberculose é uma doença que tem representação ambígua em diferentes épocas com capacidade de gerar sentimentos diversos quanto à sua superação tanto no nível individual como no coletivo. Considerada mortal, que era vista como o resultado de uma vida dedicada a descomedimentos, em desacordo com os padrões socialmente admissíveis, embora apresentando contornos distintos de acordo com a época<sup>4,5</sup>.

Mesmo que para muitos profissionais de saúde o chamado conhecimento popular, também conhecido como senso comum, possa ser demonstrado como um conhecimento pré-científico, entende-se que ele é uma ferramenta mestra para compreender os fatores motivacionais desses indivíduos e redirecionar as práticas educativas e do cuidado, no intuito de atenuar o estigma da doença e do doente. Tais intervenções podem ser direcionadas no sentido de

combater os paradigmas, o preconceito e as atitudes de segregação com as pessoas acometidas pela doença<sup>6</sup>.

Nesse sentido, a teoria das Representações sociais (TRS) de Serge Moscovici tem como objetivo o “saber prático do senso comum” e sua análise científica atribui uma lógica a essa vivência, que tem uma “organização psicológica autônoma”<sup>7</sup>. Assim, as representações sociais são um conjunto de ideias, opiniões, imagens e atitudes originadas a partir da vida cotidiana.

Neste sentido, as representações sociais estabelecem uma relação compartilhada e elaborada por um determinado grupo, uma vez que sua construção se dá na relação do sujeito com outro sujeito e com objetos. Assim, nesse processo, desconstrói-se uma realidade que não é única nem específica, mas que é compartilhada pela comunicação de indivíduos interagentes.

Portanto, não há representação social sem objeto e sem um sujeito social, coletivo ou individual, pertencente a um determinado grupo, pois “uma representação é sempre uma representação de alguém, tanto quanto de alguma coisa”<sup>8</sup>.

Tendo em vista que a temática das representações sociais tem se constituído um campo fértil de pesquisa nas mais diversas áreas do conhecimento, especificamente na área da saúde e tomando como base a experiência desse grupo social, refletindo em assuntos do seu cotidiano, este estudo tem como objetivo apreender as representações sociais de pessoas com tuberculose pulmonar sobre os enfrentamentos diante dos conflitos sociais e pessoais que vivenciam ou já vivenciaram essa doença.

## MÉTODOS |

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho descritivo, analítico e exploratório<sup>9</sup>, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS)<sup>7,8</sup> na abordagem processual, realizada em 3 (três) Unidades Básicas de Saúde, as quais têm em sua agenda serviços de cuidado e atenção a indivíduos acometidos por tuberculose, do município de Jequié, Bahia, Brasil. Participaram da pesquisa 26 pessoas, das quais 14 estavam em tratamento quimioterápico e 12 já vivenciaram a tuberculose pulmonar, com tratamento concluído desde 2009. Foram adotados os

seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, estar em fase de tratamento de tuberculose pulmonar ou tê-lo finalizado. Os dados foram produzidos através da entrevista semiestruturada e um questionário sociodemográfico, contendo itens de caracterização sociodemográfica (idade, sexo, crença religiosa, estado civil, escolaridade, período de tratamento e eventual realização de tratamento anterior para tuberculose). Essas informações possibilitaram subsidiar as discussões, levando em consideração o contexto social em que o grupo social se encontrava inserido. A questão norteadora utilizada para apreensão do conteúdo representacional sobre a tuberculose pulmonar e o alcance dos objetivos: O que significa ou significou para você ter tuberculose pulmonar? Como se sentiu diante de amigos e familiares?

Para o tratamento e análise dos dados obtidos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temático categorial, adotando os pressupostos teóricos e o modelo de categorias propostos por Bardin<sup>10</sup>. A análise consistiu na identificação de núcleos de sentido presentes ou frequentes que integram uma comunicação, com significado para o objeto analítico em questão, possibilitando o delineamento e definição de categorias de sentido e ordenamento das informações coletadas<sup>10</sup>.

O *corpus* foi constituído por 26 entrevistas, e agrupado em duas categorias de análise: Atitudes sociais diante da tuberculose, Preconceitos vivenciados. As categorias foram discutidas tomando-se como princípio de análise a interpretação das unidades de análise temática que emergiram a partir do conteúdo representacional das entrevistas. Assim, buscando preservar o anonimato, as falas dos participantes foram identificadas com a letra “E”, prosseguido de um número segundo a ordem em que a entrevista foi realizada, variando de E1 a E26.

Este estudo é originário de uma Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em 2010. Dessa forma, buscando atender à Resolução vigente da Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa respeitou todos os preceitos da ética em pesquisa e foi respaldada nos aspectos éticos e legais. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Obteve-se o parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, protocolo nº 112/2010.

## RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Participaram do estudo 26 pessoas — 14 do sexo masculino e 12 do sexo feminino. A idade variou entre 20 e 63 anos, observando-se maior incidência na faixa etária dos 41 aos 60 anos. Em relação ao estado civil, nove participantes vivem em situação de concubinato, sete são solteiros, quatro viúvos, três casados e três divorciados. Pode-se constatar uma maior concentração de indivíduos pertencentes à religião protestante.

No que concerne ao estudo, 18 participantes tinham baixa escolaridade, variando entre analfabetos e ensino fundamental, sete possuíam o nível médio e apenas um participante possuía o ensino superior completo. Em relação ao tempo de tratamento, nove afirmaram que o tratamento durou de um a dois meses, cinco trataram entre três e seis meses e 12 possuíam seus tratamentos concluídos.

Concernente ao material oriundo da entrevista, emergiram duas categorias, que favoreceram a compreensão da representação social de pessoas com tuberculose pulmonar, e as categorias emergidas foram fundamentadas no referencial teórico metodológico da TRS, sendo assim intituladas: Atitudes sociais da pessoa diante da tuberculose e Preconceitos vividos. Destacam-se, nesse conjunto de categorias depreendidas dos depoimentos a aparição da visão social e conceitos pré-estabelecidos, que apresentam os enfrentamentos sociais da pessoa com tuberculose. Essas categorias são marcadas pela visão social de que pessoas com tuberculose, muitas vezes tida como marca indelével, e criam um estigma, que mentalmente produz imagens estereotipadas e que gera, muitas vezes, atitudes preconceituosas.

Considerando a categoria *Atitudes sociais da pessoa diante da tuberculose composta por unidades de análise* que, à luz do pensamento social e segundo a dimensão representacional, são mencionados os depoimentos de pessoas que vivenciam e/ou vivenciaram a doença, e suas atitudes diante de profissionais de saúde com quem o indivíduo conviveu durante o processo de adoecimento e atitudes do entorno social, aqui entendido como núcleo familiar e contactantes.

Dessa forma, evidenciaram-se por meio dos depoimentos dos participantes os significados e simbolismos construídos socialmente sobre a tuberculose, e que estes influenciam em suas práticas no cotidiano, norteando suas condutas da

sociedade em torno dos doentes. Assim, a representação social desse grupo é uma organização de significados que funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social, e ela vai determinar seus comportamentos e suas práticas, direcionando a compreensão da função justificadora de suas representações sociais<sup>11</sup>. Como pode ser evidenciado no fragmento a seguir:

*[...] só que eu comecei a esconder [...] eu não deixava meu marido ver [...] vou para casa, para aqui também (Unidade de Saúde) e não deixava ninguém ver [...]* (E1).

A partir dos depoimentos da participante observa-se que a pessoa acometida pela tuberculose apresenta atitudes negativas associadas ao estigma na TB, sendo narradas atitudes de ocultação da doença, mesmo diante do diagnóstico ou da suspeita. Omitir e ocultar o diagnóstico da tuberculose numa tentativa de fuga da condição atual em estar adoecido<sup>12</sup>.

Essa atitude é uma manifestação psicoafetiva de medo e os aspectos sociais de segregação podem ter motivado a atitude de ocultação da doença como um mal para si e não como um fator que afetasse a vida em sociedade<sup>13</sup>. Os maiores problemas enfrentados por pessoas com doenças crônicas em revelar e apresentar o diagnóstico são o risco de perderem a autonomia e a não aceitação, já que há possibilidade de serem estigmatizadas e rejeitadas, sentindo-se incapazes e impotentes diante das reações alheias<sup>14</sup>, resultando na perda de controle das suas emoções.

No tocante às mudanças de atitude diante do tratamento da tuberculose, pode-se observar nas falas dos participantes o controle quanto às formas de transmissão da doença e, embora conscientes de que não transmitem o mal, conservam a preocupação com relação à transmissibilidade da tuberculose, evidenciando que a representação social dessas pessoas sobre a doença não se modifica, mesmo com as orientações de cuidados dados pelos profissionais de saúde.

Em relação ao tratamento, também é enfocado o conformismo com a rotina de tomada de medicamentos, na necessidade e desejo de superar a doença, tornando o tratamento um anseio para expurgação de um mal adquirido.

*[...] a única coisa que mudou mesmo foi separar os meus utensílios... meu talher, copo, esse negócio dentro de casa [...]* (E2).

*[...] eu num queria me cuidar, de qualquer jeito nunca quis me cuidar, num vou dar trabalho para minha família, minha família vai atrás de mim, e eu vou dar mais trabalho pra eles [...]* (E3).

*[...] depois ela (esposa) ficou comigo, aí quando eu comecei o tratamento, ela ficava perguntando se estava me alimentando, se estava tomando o remédio [...]* (E4).

A partir dos depoimentos, observa-se que os participantes separam seus utensílios pessoais, evidenciando o cuidado com o outro, a prevenção de doenças e a promoção da saúde com relação a uma possível infecção<sup>15</sup>. Nesse sentido, com base nesses comportamentos, faz-se necessário um trabalho potencial e conjunto de educação em saúde voltada para essa população e seus familiares, direcionando as orientações sobre formas de prevenção, de contágio e de tratamento da tuberculose, uma vez que se sabe que a forma principal e mais comum de transmissão é pelo ar, ou seja, falar, espirrar, tossir, tudo isso é forma de contato com os bacilos, pelas gotículas liberadas nesses movimentos.

Por ser de fácil transmissão, a tuberculose pode afetar qualquer indivíduo, independentemente de sua condição econômica e social. No entanto, as pesquisas epidemiológicas apontam que essa doença atinge, em sua maioria, as pessoas de classe social baixa<sup>16</sup>.

Em outro momento, as falas dos participantes com tuberculose demonstram atitudes mencionadas quanto à concepção de superação da doença em virtude do tratamento e motivações extras, e não apenas a recuperação do estado de higidez, conforme relata um dos participantes da pesquisa: “[...] o que muda mesmo é que eu quero ficar bem para eu cuidar dos meus [...] (E15)”; e ainda o desejo que outros não sejam desafortunados com a dúvida frente ao tratamento: “[...] ficar... dependente de remédio durante seis meses e eu ia passar pra essas pessoas para que elas não venham a se preocupar igual como eu me preocupei [...] (E18)”.

A partir do diagnóstico, são ainda relatadas manifestações como a tristeza e autosegregação, como se observa na unidade de análise: “[...] me senti... eu fiquei triste [...] eu me conformei, eu me conformei sim [...] e eu tomo porque quem quer a saúde sou eu. Não adianta eu esconder o remédio e jogar fora ou não tomar direito. Quem vai passar mal sou eu [...] (E20)”. Essas falas retratam um pensamento imediatista da aquisição de uma enfermidade tida por alguns como incurável e do qual fazem parte. Todavia,

são vislumbradas as atitudes de enfrentamento, como na seguinte unidade: “Eu vou cuidar de mim. Porque eu estou sabendo que quem está doente sou eu, e elas ainda cuidam muito bem! [...] (E21)”.

Com referência a esta última unidade, destacam-se as atitudes que os profissionais de saúde a eles devotaram, e identificadas como manifestação de carinho, cuidado e, até mesmo, comparadas a atitudes maternalistas: “[...] era médica, uma médica muito boa que me tratava muito bem [...] a médica me tratava... como ela tratava quase como um filho dela [...] (E22)”. De forma geral, as atitudes de profissionais de saúde, em especial os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, são comparadas a ações de preocupação, zelo ou simplesmente como práticas de cuidado humano.

No entanto, de forma pontual, algumas atitudes merecem destaque, como o afastamento em alguns ambientes domésticos: “[...] meu esposo dentro de casa saiu da cama, mais ele não sabia que eu estava com tuberculose, era suspeita [...] (E23)”. Além disso, são identificadas nessa categoria as atitudes manifestadas em relação ao entorno social dos participantes do estudo, aqui entendido como familiares e contactantes, tendo como afirmação, quase que geral, a ideia de apoio familiar, enfrentamento conjunto da doença e também afastamento e isolamento na vida pessoal.

Nesse sentido se estabelece uma ordem a qual possibilita que as pessoas se orientem e se controlem em seu mundo material e social; e que também propicie uma comunicação possível entre os membros de uma comunidade, a partir de um código que seja capaz de nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos do seu mundo e da sua história individual e coletiva<sup>17</sup>.

A análise desses relatos demonstrou que a TB, de acordo com os participantes, conduz ao estigma, tornando-se estigmatizado, como indicado em outro estudo<sup>18</sup>. A doença acarreta prejuízos e danos físicos e mentais, afetando negativamente a vida dos pacientes, obrigando-os a abandonar seus empregos, que são uma fonte de renda e de sustento e que representam independência, e a falta da independência é um obstáculo para a superação da situação de exclusão.

A presença da tuberculose parece estar fortemente associada ao empobrecimento da autoestima dos que passam por tal problema, o que revela seu caráter complexo, exigindo

conhecimento e sensibilidade por parte dos profissionais de saúde para implantar o cuidado, levando em consideração, não apenas a esfera biológica, mas também a inclusão de questões sociais implicadas à doença, além de proporcionar o surgimento de diversos sentimentos relacionados às repercussões geradas, além da produção e do imaginário social<sup>19</sup>.

Dessa situação nasce a sensação de culpa, de medo do preconceito e de transmitir a doença para outras pessoas, a falta de vontade de viver, e pode ser a causa de separação e afastamento da família<sup>20</sup>, provocando mudanças no ambiente familiar e também em sua relação consigo mesmo e com o mundo que o rodeia.

Na atenção aos problemas gerados pela tuberculose, a inclusão da família no processo de tratamento é fundamental, uma vez que a família pode admitir dois papéis principais. O primeiro caracteriza-se como forma de apoio e suporte no enfrentamento da doença e consequente conclusão do tratamento<sup>21</sup>; o segundo papel, central e não tão interessante para a saúde do indivíduo, que é desencorajá-lo e levá-lo ao abandono pelo isolamento social e segregação diante da doença<sup>21</sup>.

A segunda categoria, analisada desde o conteúdo representacional manifesto a partir das entrevistas, entende o preconceito como uma concepção prévia a respeito de determinado objeto e que direciona a uma tomada de posição, atitude comportamental perante o referido objeto. Neste caso, a tuberculose e, mais especificamente, o seu representante social, o indivíduo acometido pela doença.

Os estereótipos conduzem a distorções no processamento de novas informações, a partir da busca de características que categorizem o indivíduo em uma categoria estereotipadamente estabelecida, vislumbrando-o, não como um sujeito social, mas como um tuberculoso, por exemplo<sup>8</sup>.

Nesta perspectiva, as falas dos participantes a seguir revelam o preconceito, consequência do medo: “[...] muita gente sai do meu lado, eles têm medo [...] mas muita gente não quer ter negócio comigo, não quer conversa [...] (E1)”; e esta mesma manifestação psicoafetiva - o medo - leva o indivíduo a buscar refúgio no enclausuramento social: “[...] tem que ficar excluído da sociedade mesmo [...] separar de todo mundo [...] alguns sabem, outros não, alguns poucos mesmo, eu não contei, por medo da rejeição [...] medo de ser tratado indiferente [...] (E4)”.



Esses depoimentos sinalizam sentimentos e sensações de impotência e de ausência de significação a partir do sentido de si como um corpo fragilizado, impossibilitado e improdutivo com intensas alterações na autoestima<sup>22</sup>. Esse mesmo medo é interiorizado pelo diagnóstico e representado pelo indivíduo, na forma de dúvida, sobre mudanças em sua interação social: “[...] Tuberculose, agora vou perder os amigos, estou arriscado até perder a esposa [...] ficar excluído de todo mundo como se fosse um [...] (E5)”.

A manifestação estereotipada do preconceito é relatada, tanto no núcleo familiar quanto no convívio com outros indivíduos, chegado a ser comparada com a morte social do indivíduo:

*[...] e o que eles fizeram comigo, para mim eles me mataram, e eu sei que hoje em dia assim ainda tem muita gente que tem receio do pessoal que tem essa doença [...] (E11).*

*[...] a mulher se separou de mim, a mulher e meus filhos me deixaram, na rua. Se distanciaram de mim, como se eu fosse um mendigo, uma pessoa [...] (E14).*

Essa morte social é referida, por alguns, como o principal problema a ser enfrentado, superando mesmo os sintomas e eventos adversos do tratamento:

*[...] a doença eu nem me preocupo tanto porque eu tenho certeza que eu vou vencer ela, mas é o preconceito das pessoas. O que mata mais é o preconceito, eu me sinto muito mal com esse preconceito das pessoas, pela doença não é tanto, porque a doença tem tratamento [...] (E26).*

Ressalva-se, também, que realmente uma doença infecciosa possivelmente afetará as relações familiares e sociais, em decorrência do preconceito arraigado nas pessoas e o medo que leva a sociedade a se apartar dos valores pessoais e relacionais, deixando de compartilhar a solidariedade e a ajuda em detrimento dos conceitos pré-estabelecidos<sup>23</sup>.

Por ser uma doença submersa em tabus e crenças de natureza simbólica e circundada por um intenso estigma, evidenciado desde épocas remotas e entre os mais diferentes povos, a experiência de ter tuberculose leva ao sofrimento, modifica a vida cotidiana e a maneira como a pessoa relaciona-se consigo mesma e com os outros. Isso permite a construção de um universo conceitual, com seus signos e símbolos, os quais vão se formando e interagindo com aqueles que já fazem parte dos indivíduos<sup>24</sup>. Ou seja, a retradução das condições concretas, que se expressam em forma de práticas vivenciadas<sup>25</sup>.

O sofrimento em decorrência da tuberculose, embora não tenha manifestação única, esteve presente na maioria das representações dos participantes que integraram este estudo, estando diretamente relacionado ao preconceito gerado em consequência de estar acometido pela doença. Em um estudo de representações sociais sobre tuberculose, demonstrou-se que o preconceito também favorece uma espécie de autoestigmatização, que está ligada especialmente à identidade do eu, à subjetividade. E esse indivíduo que se encontra estigmatizado vive numa sociedade como os outros, e está sob a influência de valores, normas, padrões e formatos de identidade, o que resulta uma autodepreciação ou certa ambivalência<sup>20,21</sup>.

## CONCLUSÃO

Pode-se inferir do processo de análise, com base na categorização, que os sujeitos descrevem sobre a tuberculose, fundamentando suas representações sociais nos conhecimentos socialmente apreendidos ancorados e objetivados a partir de suas interações sociais, de influências culturais, de crenças socialmente partilhadas e de sua inserção no sistema de saúde, alicerçado no processo mórbido e contato com profissionais de saúde.

Comprovou-se nesta pesquisa a necessidade e a importância de se encarar a tuberculose pulmonar como uma doença que vai além dos aspectos físicos e biológicos, na medida em que se relaciona e se associa com as condições de saúde, de vida e de trabalho dessa população.

Os sujeitos desta pesquisa possuem uma percepção baseada em estigmas, crenças e desafios perante os agravos e as suas condições de saúde, selecionando e descontextualizando a informação socializada, elaborando assim, novos olhares e significados que lhes serão benéficos, úteis e necessários no dia a dia.

Desse modo, no decorrer da história, a representação social sobre a tuberculose nessa sociedade, ancora-se pela marca e pelo registro de estigma e preconceitos, sendo reconhecida como uma doença que vem do próximo, do outro, do ar sujo, da falta de higiene, de lugar aglomerado, da tosse que é colocada para fora e que acaba contagiando, e de seu crescimento acelerado, acentuado e descontrolado. Com a função de duplicar o sentido, a objetivação transforma em objeto o que é representado nos pensamentos, cognições,

experiências e ideias de silenciar ou estar com a tuberculose, entre diversas outras circunstâncias que materializam o preconceito e o estigma nas atitudes sociais perante a tuberculose.

Sugere-se, com base nos resultados deste estudo, que uma das estratégias de cuidado que gera resultados positivos é a inclusão da família e das pessoas mais próximas no processo de tratamento, de forma que favoreçam a uma melhor apreensão das maneiras de transmissão, permitindo, desse modo, que essas pessoas possuam relações sociais mais confiantes. Ainda, indica-se serem necessárias mais ações voltadas para a ampla divulgação da tuberculose, abarcando em sua totalidade, suas formas de transmissão, sintomas iniciais, tipos de tratamento, contribuindo para a prevenção e diagnóstico precoce, favorecendo consequentemente a novas representações sobre essa doença.

## REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. Piller RVB. Epidemiologia da tuberculose. Pulmão RJ. 2012; 21(1):4-9.
4. Souza SS, Silva DMGV, Meirelles BHS. Representações sociais sobre a tuberculose. Acta Paul Enferm. 2010; 23(1):23-8.
5. Pôrto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. Rev Saúde Pública. 2007; 41(supl. 1):43-9.
6. Santos WS, Sales ZN, Teixeira JRB, Missias RM. Structural approach to social representations of pulmonary tuberculosis. J Nurs UFPE on line. 2013; 7(10):5858-65.
7. Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public, Paris: Presses Universitaires de France; 1961.
8. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2012.
9. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2012.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
11. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB; 2000. p. 27-37.
12. Souza SS, Silva DMGV. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(4):636-43.
13. Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3):599-606.
14. Barbosa DRM, Almeida MG, Martins LM, Silva TMGV, Pedrosa JIS, Barbosa MM. Aspectos socioculturais da tuberculose e diálogo com políticas públicas em saúde no Brasil. Rev Eletrôn Gestão Saúde. 2013; 15(1):1857-1867.
15. Clementino FS, Martiniano MS, Clementino MJSM, Souza JC, Marcolino EC, Miranda FAN. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. Rev Enferm UERJ. 2011; 19(4):638-43.
16. Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3):599-606.
17. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
18. Mussi TVF, Traldi MC, Talarico JNS. Knowledge as a factor in vulnerability to tuberculosis among nursing students and professional. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3):696-703.
19. Kranzer K, Afnan-Holmes H, Tomlin K, Golub JE, Shapiro AE, Schaap A, et al. The benefits to communities and individuals of screening for active tuberculosis disease: a systematic review. Int J Tuberc Lung Dis. 2013; 17(1):432-46.
20. Wendling APB, Modena CM, Schall VT. Abandonment of tuberculosis treatment in the perspective of health

centers managers in Belo Horizonte-MG, Brazil. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(1):77-85.

21. Queiroz EM, Bertolozzi MR. Tuberculosis: supervised treatment in North, West and East Health Departments of São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):453-61.

22. Lönnroth K, Corbett E, Golub J, Godfrey-Faussett P, Uplekar M, Weil D, et al. Systematic screening for active tuberculosis: rationale, definitions and key considerations. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2013; 17(3):289-98.

23. Murray CJ, Ortblad KF, Guinovart C, Lim SS, Wolock TM, Roberts DA, et al. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2014; 384(9947):1005-70.

24. Jodelet D, editora. *Les représentations sociales.* Paris: Presses Universitaires de France; 1993. p. 31-61.

25. Queiroz EM, La-Torre-Ugarte-Guarnilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. *Rev Latino-Am Enferm.* 2012; 20(2):369-77.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Washington da Silva Santos**

*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia,*

*Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde,*

*Av. José Moreira Sobrinho, S/N,*

*Jequié, Jequié/BA, Brasil*

*CEP: 45206-190*

*E-mail: wssfsio@hotmail.com*

Recebido em: 29/05/2016

Aceito em: 25/07/2017