



ABORDAGEM ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA TUBERCULOSE PULMONAR

STRUCTURAL APPROACH OF SOCIAL REPRESENTATIONS OF PULMONARY TUBERCULOSIS ENFOQUE ESTRUCTURAL DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Washington da Silva Santos¹, Zenilda Nogueira Sales², Jules Ramon Brito Teixeira³, Ramon Missias Moreira⁴

RESUMO

Objetivo: descrever a estrutura representacional da tuberculose pulmonar. **Método:** estudo descritivo e qualitativo, com 26 usuários de três centros de saúde de um município do interior da Bahia/BA, Brasil, acometidos por tuberculose. Utilizou-se um questionário de evocação com o termo indutor “tuberculose”. Cada participante evocou até cinco palavras, em ordem decrescente de importância, que foram processadas pelo software EVOC e analisados pela abordagem estrutural das Representações Sociais. O Comitê de Ética em Pesquisa aprovou o estudo, protocolo nº 162/2009. **Resultados:** evidenciou-se: sistema central (desgaste, doença, sofrimento), primeira periferia (difícil, seguir o tratamento, tem que se cuidar), segunda periferia (ajuda de Deus, contagiante, tomar cuidado) e elementos de contraste (fraqueza, morte, preconceito). **Conclusão:** a estrutura representacional da tuberculose é multidimensional, está composta por elementos negativos que refletem sobre o tratamento e estigma da doença. **Descritores:** Percepção Social; Tuberculose; Relações Profissional-Paciente; Planejamento em Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to describe the representational structure of pulmonary tuberculosis. **Method:** descriptive and qualitative study with 26 users of three health centers of a city in the interior of Bahia / BA, Brazil, suffering from tuberculosis. We used a questionnaire with the evocation inducing term “tuberculosis”. Each participant raised up to five words, in decreasing order of importance, were processed by EVOC and analyzed by structural approach to social representations. The Research Ethics Committee approved the study protocol nº 162/2009. **Results:** showed up: the central system (wear, disease, and suffering), first periphery (difficult to follow the treatment has to be careful), second edge (God's help, contagious, beware) and contrast elements (weakness, death, prejudice). **Conclusion:** the representational structure of tuberculosis is multidimensional, is composed of negative elements that reflect on the treatment and stigma of the disease. **Descriptors:** Social Perception; Tuberculosis; Professional-Patient Relations, Health Planning, Public Health.

RESUMEN

Objetivo: Describir la estructura de representación de la tuberculosis pulmonar. **Método:** estudio descriptivo con 26 usuarios de tres centros de salud de un municipio del interior de Bahia / BA, Brasil, que sufren de tuberculosis cualitativa. Se utilizó un cuestionario con el término induce evocación “tuberculosis”. Cada participante planteó un máximo de cinco palabras, en orden decreciente de importancia, fueron procesados por el software EVOC y analizados por el enfoque estructural de las representaciones sociales. El Comité de Ética de Investigación aprobó el protocolo de estudio nº 162/2009. **Resultados:** se presentaron: el sistema central (desgaste, la enfermedad, el sufrimiento), primera periferia (difícil de seguir el tratamiento tiene que tener cuidado), segundo borde (la ayuda de Dios, contagiosa, ten cuidado) y los elementos de contraste (debilidad, la muerte, los prejuicios). **Conclusión:** la estructura de representación de la tuberculosis es multidimensional, se compone de elementos negativos que se reflejan en el tratamiento y el estigma de la enfermedad. **Descriptores:** Percepción Social; Tuberculosis; Relaciones Profesional-Paciente, Planificación de la Salud, Salud Pública.

¹Fisioterapeuta, Professor Mestre, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: wssfisio@hotmail.com;

²Enfermeira, Professora Pós-Doutora, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: zenysalles@gmail.com; ³Enfermeiro, Mestrando, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: julesramon@gmail.com; ⁴Educador Físico, Mestre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: ramonefisica@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A tuberculose pulmonar (TB) é uma doença ancestral que ameaça a saúde humana,¹ com tratamento gratuito, cujas características já foram cientificamente elucidadas, porém, ainda marcada pelo estigma do acometido. Sendo considerada um grave problema de saúde pública mundial, estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que cerca de 9,4 milhões novos casos e 14 milhões de casos prevalentes de TB evoluíram com 1,6 milhões de mortes atribuídas a esta doença em 2009.²

Em decorrência das ações de combate e controle da TB desenvolvidas pela OMS, os novos casos estão tendendo a diminuir, reduzindo a uma taxa de 2,2% entre os anos de 2010 e 2011. A taxa de mortalidade acompanha esse ritmo decaindo 41% desde o ano de 1990. Além disso, o mundo está prestes a atingir a meta global de redução de 50% até 2015.³ Nesse contexto, o Brasil está entre os 22 países que concentram 82% dos casos de tuberculose no mundo. O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), considera esta enfermidade como problema prioritário de saúde pública desde 2003 e tem como proposta para o controle a busca de casos, a implementação de diagnóstico precoce e adequado, tratamento e cura, objetivando interromper a cadeia de transmissão e impedir novos adoecimentos.⁴⁻⁶

A doença apresenta estreita ligação com pobreza e má distribuição de renda, com profundas raízes sociais,⁷ afora os tabus, crenças de natureza simbólica e o estigma,⁸ que resultam na não adesão dos indivíduos acometidos e/ou familiares/contactantes. A estrutura representacional é fruto histórico da interação entre esses fatores, o que tem possibilitado vislumbrar os mecanismos de familiarização da tuberculose no conhecimento cotidiano. Este conhecimento suscita estratégias de enfrentamento da doença por parte dos profissionais de saúde que lidam com a assistência direta ao indivíduo doente, bem como estratégias de planejamento e gestão em educação em saúde para combate às imagens estereotipadas da TB. Sendo assim, este estudo de Representações Sociais, à luz do pensamento elaborado pelos indivíduos que a vivenciam, pode auxiliar na reorientação de práticas cuidativas a estes indivíduos.

OBJETIVO

- Descrever a estrutura representacional da tuberculose pulmonar.

MÉTODO

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa,⁹ teve como suporte teórico-metodológico a abordagem estrutural ou Núcleo Central¹⁰ da Teoria das Representações Sociais (TRS).¹¹ Foi realizado em três centros de saúde, que disponibilizam serviços de referência em atenção aos indivíduos com tuberculose, no município de Jequié, Bahia, Brasil. Para delimitação da amostra foram previamente estabelecidos critérios de inclusão, quais sejam: idade superior a 18 anos, estar residindo no mesmo endereço constante na ficha cadastral ou na mesma microárea; estar acometido por TB em tratamento quimioterápico ou tê-lo concluído a partir do ano de 2009. Como critério de exclusão ter diagnóstico clínico de SIDA, considerando-o um possível viés representacional.

A população estudada foi composta por 15 sujeitos sociais em tratamento quimioterápico para TB e 14 que o tinham vivenciado recentemente, totalizando 29. Como houve uma recusa e dois sujeitos não foram encontrados, a amostra foi constituída de 26 participantes. O contato com os sujeitos da pesquisa foi mediado pelos enfermeiros dos centros de saúde para aqueles em tratamento, e diretamente no domicílio do indivíduo, para aqueles com tratamento concluído. Os dados de endereçamento foram coletados nas fichas de arquivo dos pacientes nos centros de saúde pesquisados, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

Para o recolhimento dos dados utilizou-se um questionário biosociodemográfico, com o propósito de caracterizar a população alvo e obter informações específicas sobre o tema pretendido. Utilizou-se, ainda, um questionário de evocação com o termo indutor “tuberculose”. Cada participante evocou até cinco palavras que lhe viessem prontamente à mente, e elencada em ordem decrescente de importância.¹²

Com esses dados foi construído um dicionário de vocábulos adjetivos para o estímulo indutor. Em seguida, procedeu-se uma análise semântica dos conteúdos para codificação e introdução dos dados no software *Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Évocations* (EVOC),¹³ versão 2003. O EVOC informou a frequência e ordem média de cada termo evocado, permitindo através da análise de valores de frequência, conforme lei de Zipff,¹³ estabelecer o ponto de corte que determinou a composição de quatro quadrantes, os quais

foram analisados segundo a abordagem estrutural da TRS.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, protocolo nº 162/2009. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando seus direitos de privacidade, anonimato, sigilo e a garantia de se ausentar da participação no estudo sem qualquer tipo de prejuízo à sua pessoa.

RESULTADOS

Participaram do estudo 26 sujeitos que vivenciam ou vivenciaram a tuberculose pulmonar, tendo sido 53,8% do sexo masculino, conforme Tabela 1, com a média de idade de 42,38 ± 15,81, numa amplitude variando entre 20 a 79 anos, estando a maioria (46,2%) na faixa etária entre 41 e 60 anos.

Tabela 1. Perfil biosociodemográfico dos participantes. Jequié-BA, Brasil, 2010

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	14	53,8
Feminino	12	46,2
Faixa etária		
20-40	11	42,3
41-60	12	46,2
60 ou mais	02	11,5
Crença religiosa		
Adventista	1	3,8
Ateu	1	3,8
Católica	5	19,2
Deísta	6	23,1
Protestante	13	50,0
Estado civil		
Solteiro (a)	7	26,9
Casado (a)	3	11,5
Concubinato	9	34,6
Viúvo (a)	4	15,4
Divorciado (a)	3	11,5
Escolaridade		
Analfabeto	2	7,7
Fundamental	16	61,5
Médio	6	23,1
Superior	1	3,8
Não informado	1	3,8
Andamento do tratamento		
Em tratamento	12	46,2
Concluído	14	53,8
Tratamento anterior		
Sim	3	11,5
Não	23	88,5

Com relação à crença religiosa, 50% dos indivíduos declararam-se protestantes; quanto ao estado conjugal dominante o concubinato foi referido por 34,6% dos sujeitos. No tocante à escolaridade, o nível fundamental foi apontado por 61,5% dos participantes; 53,8% estavam com tratamento concluído e 46,2% ainda estavam em tratamento. Apenas 3 indivíduos (11,5%) relataram já ter realizado tratamento anterior para a doença, caracterizando-se como recidiva.

Ocorreu um total de 103 evocações, contendo 24 palavras diferentes após

aproximação por semelhança semântica. A média das ordens médias de evocação foi igual a 2,5, ao passo que a frequência máxima atingiu o valor de 16, a mínima de 3 e média de 7.

Sendo assim, foram analisadas 12 palavras e termos, e eliminadas 12 da análise final por terem sido evocadas menos de três vezes. De posse desses dados, elaborado um quadro de quatro casas demonstrando as palavras ou termos evocados, bem como a sua frequência e ordem média de importância, como representado na Figura 1.

Núcleo central				Primeira periferia			
FM ≥ 7	OMI ≤ 2,5			FM ≥ 7	OMI > 2,5		
	F	OMI	A		F	OMI	A
TE				TE			
Desgaste	8	2,00	(-)	Difícil	8	3,00	(-)
Doença	10	1,00	(-)	Seguir o tratamento	16	2,94	(±)
Sofrimento	7	1,86	(-)	Tem que se cuidar	7	3,14	(+)
Zona De Contraste				Segunda Periferia			
FM < 7	OMI ≤ 2,5			FM < 7	OMI > 2,5		
	F	OMI	A		F	OMI	A
TE				TE			
Fraqueza	4	2,50	(-)	Ajuda de Deus	4	3,25	(±)
Morte	6	2,12	(-)	Contagante	6	2,5	(-)
Preconceito	6	2,33	(-)	Tomar cuidado	3	3,33	(+)

Figura 1. Quadro de Quatro Casas ao estímulo indutor “tuberculose” entre os participantes. Jequié-BA, Brasil, 2011. FM = Frequência Máxima; TE = Termos Evocados; OMI = Ordem Média de Importância; F = Frequência; A = Atitude; (+) = Positiva; (-) = Negativa; (±) = Neutra

Para a descrição dos resultados adotou-se a abordagem proposta por Abric,^{10,12,14} onde os termos que atenderam ao mesmo tempo aos critérios de evocação com maior frequência e nos primeiros lugares, ou seja, supostamente tiveram uma maior importância no esquema cognitivo do sujeito, ou seja, se configuraram como hipótese de núcleo central da representação social.

Na Figura 1 se distinguem quatro importantes elementos para a apreensão das representações sociais^{12,14} dos sujeitos sobre a tuberculose pulmonar. Nesse sentido, evidencia os elementos do núcleo central (quadrante superior esquerdo): desgaste, doença e sofrimento; os elementos da 1ª periferia (quadrante superior direito): difícil, seguir o tratamento, tem que se cuidar; a 2ª periferia (quadrante inferior direito): ajuda de Deus, contagiante, tomar cuidado; e os elementos de contraste da representação (quadrante inferior esquerdo): fraqueza, morte, preconceito.

Verifica-se que para a maioria das palavras ou termos evocados (66,7%) foi atribuído um sentido ou atitude negativa. As palavras que compõem o núcleo central da representação da tuberculose por esses participantes, demonstram um dimensionamento de atitude negativa com relação à doença, tendo sido evidenciada através das evocações desgaste, doença e sofrimento. Além disso, a expressão mais evocada (Seguir o tratamento) recebeu significado neutro em relação à tuberculose pulmonar de acordo com a percepção dos sujeitos que a vivenciaram e compõe a primeira periferia desse pensamento social.

Diferente da ideia clássica de contraste como uma oposição ou contraposição à imagem apresentada, no presente estudo, os termos localizados no quadrante inferior direito apresenta complementaridade aos termos do núcleo central. Os termos evocados reforçam e/ou endossam uma atitude/posição fortemente negativa sobre o estímulo investigado, consubstanciada pelas expressões fraqueza, morte e preconceito.

As evocações com sentido positivo ou neutro, ambas correspondendo a 16,7% cada, estão localizadas no sistema periférico. Tem que se cuidar e tomar cuidado remete a atitudes com significação positiva quando considerado o estímulo indutor “tuberculose”, demonstrando os amplos aspectos do cuidado que se deve ter consigo mesmo e com a proteção do outro, por se tratar de uma doença contagiante, de difícil tratamento, marcada pelo preconceito e que pode levar à morte. Ajuda de Deus, posição neutra, relaciona-se aos anseios no tratamento e à

crença espiritual como possibilidade de cura e minimização do sofrimento e desgaste trazidos pela doença.

DISCUSSÃO

Com relação aos fatores biossociodemográficos, os dados deste estudo corroboraram com outros achados¹⁵ relacionados à escolaridade das pessoas acometidas por tuberculose. Destaque-se que historicamente a tuberculose, a partir do advento da moderna quimioterapia, tem sido associada aos extratos menos favorecidos da população, o que pode ser correlacionado a uma dificuldade de acesso à educação formal. Apesar de relatos do desafio à evasão e ao retratamento de indivíduos com recidiva para tuberculose,¹⁶ no grupo investigado apenas 3 indivíduos (11,5%) relataram já ter realizado tratamento anterior para a doença. Este fato pode apontar uma transição na atual situação do tratamento, com maior aceitação pelo indivíduo diagnosticado e menores taxas de evasão terapêutica.¹⁷

Estudos mostram os fatores investigados como possíveis preditores ao abandono do tratamento,^{18,19} os quais incluem: dificuldade de acesso aos serviços de saúde, necessidade de hospitalização, treinamento ou suporte para aderência ao tratamento pelos profissionais de saúde, demora no iniciar o tratamento e longas esperas com a assistência médica. Contudo, a estratégia de saúde pública brasileira, pautada na estratégia saúde da família, tendo como objetivos a aproximação do profissional de saúde à população, ao invés da espera por uma demanda espontânea, favorecendo o diagnóstico precoce da TB.²⁰ A disseminação das unidades de saúde da família, em conjunto com os centros de saúde, amplia o acesso, eliminando ou minimizando alguns dos fatores apontados como de risco para o abandono ao tratamento.

A saúde da família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial,²¹ tendo como responsabilidade precípua o acompanhamento de número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Seguindo esta linha de raciocínio, entende-se que essa atuação *in loco*, com área adstrita bem definida, favorece as atividades de educação em saúde, possibilitando ao indivíduo em tratamento apropriar-se do conhecimento sobre a doença, favorecendo a edificação das suas representações sociais. Considerando esse contexto marcado por mitos, tabus, preconceitos, mortes, e outros temores, além da possibilidade de cura advinda do

tratamento, é que as representações sociais dos sujeitos que vivenciaram a tuberculose foram construídas. Essas representações se constituem de um sistema integrado por dois componentes, o núcleo central e os elementos periféricos, os quais funcionam como uma entidade, onde cada parte tem um papel específico e complementar à outra.

Tendo em vista os pressupostos teóricos da teoria do núcleo central, o quadrante superior esquerdo da Figura 1, provável núcleo central da representação, é constituído pelos elementos mais frequentes e mais prontamente evocados pelos sujeitos da pesquisa. O sistema central, nos seus papéis de gerador e organizador da representação, mostra-se como um elemento mais estável e rígido, pouco tolerante a modificações. Nessa perspectiva, as palavras que compõem o núcleo central da representação da tuberculose pelos indivíduos que a vivenciaram evidenciam um direcionamento de posição negativo com expressões como: “desgaste” e “sofrimento”. Tais expressões parecem aludir o vivenciar da doença pelo indivíduo e sua dinâmica de tratamento, tido como penoso e demorado em virtude da estratégia DOTS (Directly Observed Therapy, Short-course)²² e sua duração mínima de seis meses.

A percepção de sofrimento, associada à tuberculose, é enaltecida pela sensação de tristeza, solidão, depressão ou ainda por uma atitude de ostracismo por parte do indivíduo acometido pela doença. O rechaço social pelos não tuberculosos seja de estigma e/ou preconceito, levam ao isolamento ou mesmo à depressão. As evocações “sofrimento” e “doença”, que aqui constituem o núcleo central, fazem parte das representações sociais sobre a tuberculose em estudo desenvolvido com trabalhadores da saúde,²³ entretanto, na percepção dos profissionais esses termos aparecerem na segunda periferia do pensamento. A expressão “doença” foi evidenciada no núcleo central como a mais frequente e precocemente enunciada, o que a coloca como o elemento mais importante desse quadrante.

Esta gama de sentidos agregados aos termos “desgaste” e “sofrimento” perpassa o convívio social de maneira multifatorial, evidenciando que, de acordo com a análise do quadro de quatro casas, o processo de adoecimento por tuberculose pode levar a um desgaste das relações humanas. Tal desgaste, muitas vezes, se expressa pelo distanciamento de algumas pessoas, uma característica expressa na zona de contraste através do termo “preconceito”, o qual esteve presente

nas evocações dos trabalhadores da saúde também no quadrante inferior esquerdo,²³ dando sustentação ao núcleo central.

A inter-relação “sofrimento”/“preconceito” pode elucidar determinadas atitudes tomadas por certos indivíduos acometidos pela tuberculose, quais sejam: isolamento social; rejeição de familiares, amigos e vizinhos devido ao estigma e preconceito; dificuldade na reinserção social e no trabalho por conta das limitações físicas decorrentes da doença; sentimento de negação, o que pode interferir no tratamento, levando à revolta, ansiedade, apreensão e irritabilidade.²⁴

A zona de contraste do pensamento social dos sujeitos que vivenciaram a TB demonstra a corroboração das evocações do núcleo central, com a complementaridade entre “fraqueza” e “desgaste”, os quais têm seus significados reforçados na primeira periferia, através do termo “difícil”. Essas dificuldades que perpassam diferentes dimensões na experiência de adoecimento por tuberculose, desde o caminho trilhado até o diagnóstico, bem como até a rotina do tratamento medicamentoso. Em análise sobre as representações sociais da tuberculose, outro estudo aponta as dificuldades do tratamento para a doença como uma das categorias norteadoras da discussão. Sob este panorama, as unidades de análise mencionam os desconfortos com o tratamento, onde os sujeitos preferiam não tratar, pois seria menos desconfortável. A rotina do tratamento supervisionado é vista por pessoas acometidas pela doença e atendidas em um serviço de referência como penoso e até mesmo desnecessário, algo que atrapalha a rotina.⁸

Evocações deste estudo, como as do núcleo central (“desgaste” e “sofrimento”), da primeira periferia (“difícil” e “seguir” o “tratamento”), da zona de contraste (“fraqueza” e “preconceito”) e da segunda periferia (“contagante” e “tomar cuidado”), avigoram os achados de um estudo com as pessoas em tratamento supervisionado.⁸ A falta de vigor físico e a impossibilidade de manter atividades outrora tidas como rotineiras mudam a percepção de si mesmo, induzindo atitudes de isolamento social, percebendo-se como pessoas frágeis e doentes que não devem manter-se no convívio de outros. Nesse sentido, o referir dos participantes desta pesquisa sobre a tuberculose simplesmente como “doença”, evidenciado não como culpa, punição, preço pelo pecado, castigo, ou quaisquer outras metáforas associadas,²⁵ aponta para a naturalização do conhecimento da tuberculose

enquanto patologia e não como um mal espiritual ou sanção divina pelo pecado.

A tuberculose, outrora associada como doença de boêmios, poetas, apaixonados ou, ainda, doença de consunção,²⁵ aqui aparece ligada ao sistema central evidenciada apenas como “doença” e menções de sua severidade. Isto dar ares para uma naturalização de informações midiaticamente veiculadas, uma vez que esta tem sido a estratégia do Ministério da Saúde do Brasil para promoção de educação em saúde no combate à tuberculose. Tal é a importância dada à veiculação de informações sobre a doença, com o objetivo de conscientizar quanto a dados de sua prevenção, controle e diagnóstico, que o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 2181, de 21 de novembro de 2001,²⁶ institui a semana nacional de luta e mobilização contra a tuberculose, em lugar de apenas um dia nacional de combate à mesma.

O reconhecimento de ter contraído tuberculose traz à tona o pensamento de um possível desfecho fatal. Segundo estudo, a morte passa a ser vista como uma possibilidade mais próxima.⁸ De acordo com os resultados encontrados neste estudo, a percepção social de tuberculose enquanto doença que leva à morte deixa patente a necessidade expressa no núcleo central pelo termo “doença”, na zona de contraste pelo termo “morte” e na primeira periferia pelo termo “seguir o tratamento”. A utilização do DOTS, como estratégia de tratamento para a TB, adquiriu reconhecida eficácia ao longo dos anos,²⁷ tornando a morte não um desfecho inevitável, mas uma eventualidade possível.

Esta percepção expressa por “seguir o tratamento” pode ser compreendida como uma posição neutra, uma vez que o tratamento ora é entendido como necessário e em outras circunstâncias como penoso. Tal sentido é endossado no termo “tem que se cuidar”, presente na primeira periferia e ainda por “tomar cuidado”, este último na segunda periferia. Embora aparentemente sinônimos, quando os indivíduos evocam a expressão “tem que se cuidar”, referem-se a atitudes positivas de autocuidado e/ou autopreservação frente ao adoecimento, em contrapartida, quando enunciam o termo “tomar cuidado”, fazem alusão a cuidar de si e do outro ou não prejudicar outras pessoas. Este “tomar cuidado” encontra-se respaldado pelos indivíduos no conhecimento de que a tuberculose é doença “contagante”, o que cria no indivíduo a responsabilidade de tratar-se para evitar ser uma fonte permanente de contágio ou de disseminação da doença.

Historicamente, com o advento da moderna antibioticoterapia, a visão romântica da tuberculose é substituída por uma visão mais naturalista, em que o indivíduo é visto como o próprio fator do contágio.²⁸ Nesta acepção, não é apenas a tuberculose que é contagiosa, mas o próprio modo de viver do tuberculoso, devido este se distanciar socialmente para preservação da sociedade dita sadia.

Embora tenha se evidenciado a naturalização do pensamento expresso sobre a tuberculose através da sua identificação como “doença” que é “contagante” e que leva a um “desgaste” e “sofrimento”, a visão espiritual não é completamente esquecida. Este elemento espiritual é evocado na expressão “ajuda de Deus”, que transfere para um plano espiritual aquilo que foi evidenciado pelas expressões evocadas como de responsabilidade do sujeito: “tomar cuidado” e “tem que se cuidar”.

O elemento “ajuda de Deus” pode ser explicado por uma das qualidades do sistema periférico que dá liberdade às representações de funcionarem de maneira parcimoniosa, prescritiva em relação ao princípio organizador, a partir dos resultados de estruturas cognitivas específicas (núcleo central), que permite aos sujeitos adotarem condutas em determinadas situações.¹⁴ A conduta aqui evidenciada é a de substituir a responsabilidade pessoal por fatores alheios de origem espiritual. Essa noção espiritual de ajuda divina, como fator relacionado ao tratamento ou um auxílio para a cura, pode advir de ideias sociais anteriormente nutridas de que a doença fora fruto da culpa, pecado ou transgressão de valores espiritualmente estabelecidos e consequência de castigo divino. Desta maneira, expiada a culpa e alcançada à redenção, Deus ajudaria na expurgação deste mal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível descrever a estrutura constitutiva das representações sociais da tuberculose pulmonar para os indivíduos que a experienciaram, evidenciando o sistema central, o qual está alicerçado nos fatores: desgaste, doença e sofrimento. Nesse sentido, está patente uma marcante enunciação de atitudes negativas frente ao adoecimento por tuberculose, vinculada à quebra no vivenciar do sofrimento que desgasta o indivíduo, conforme prossegue o tratamento tido como penoso pelos sujeitos.

Diferentemente dos elementos centrais, que demonstram uma tomada de posição fortemente negativa, o sistema periférico demonstrou atitudes ora negativas, ora

positivas, reforçando a flexibilidade dos elementos presentes nestes quadrantes e endossando o estigma frente à doença através da menção de atitudes negativas através de expressões como fraqueza, morte e preconceito. Sendo assim, é cada vez mais premente a necessidade dos profissionais de saúde promover uma reorientação das práticas de educação em saúde, de forma a combater a estigmatização das pessoas acometidas por tuberculose, sensibilizando socialmente o meio de convívio destas, através de informações precisas e estratégias de educação permanente.

REFERÊNCIAS

1. Zhou JW, Kong C, Luo J, Cao J, Shi Y. Comparing TCR beta chain variable gene profile skewness between children with tuberculosis and BCG-vaccinated Children. Arch Iran Med [Internet]. 2013 [cited 2013 Mar 04];16(2):104-08. Available from: www.aimjournal.ir/pdf/files/34_2013162_0011.pdf
2. WHO. World Health Organization [Internet]. Tuberculosis global facts: 2010/2011. Available from: http://www.who.int/tb/publications/2010/factsheet_tb_2010.pdf
3. WHO. World Health Organization. Global tuberculosis report 2012. Geneva: WHO, 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Especial Tuberculose [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 04];43:1-12. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bolepi_v43_especial_tb_correto.pdf
6. Andrade HLP, Enders BC, Miranda FAN. Brief history on tuberculosis control policies. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2013 Feb 28];6(6):1468-73. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2466/pdf_1274
7. Grutzmacher LK, Dalmarco EM, Blatt SL, Cordova CM. Drug resistance of Mycobacterium tuberculosis strains in southern Brazil. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 8];45(1):95-9. Available from:
8. Souza SS, Silva DMGV, Meirelles BHS. Social representations of tuberculosis. Acta paul enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 08];23(1):23-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v45n1/18.pdf>
9. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 09];17(3):621-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/en_v17n3a07.pdf
10. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC (orgs). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB; 2000.
11. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
12. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nóbrega SM. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Editora UFPB, 2005.
13. Vergès P. Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations: manuel versoin 5. France: Laboratoire Méditerranée en Sociologie, Aix-en-Provence; 2002.
14. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 2002.
15. Furlan MCR, Oliveira SP, Marcon SS. Factors associated with nonadherence of tuberculosis treatment in the state of Paraná. Acta paul enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 08];25(spe 1):108-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/17.pdf>
16. Oliveira N, Gonçalves M. Assessment of the national tuberculosis control program. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 12];6(1):113-20. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2097/pdf_764
17. Colson et al. Acceptance of treatment for latent tuberculosis infection: prospective cohort study in the United States and Canada. Int J Tuberc Lung Dis. 2013 [cited 2013 Mar 12];17(4):473-9.
18. Brasil PEAA, Braga JU. Meta-analysis of factors related to health services that predict treatment default by tuberculosis patients. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2013

Mar 20];24(suppl 4):485-502. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s4/03.pdf>

19. Ferreira A, Gonçalves M. Factors associated to the hospitalization of tuberculosis patients: literature review. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 20];6(12):3051-63. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2595/pdf_1774

20. Nóbrega RG, Nogueira JA, Netto AR, Sá LD, Silva ATMC, Villa TCS. The active search for respiratory symptomatics for the control of tuberculosis in the Potiguara Indigenous Scenario, Paraíba, Brazil. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 21];18(6):1169-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/18.pdf>

21. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [cited 2013 Mar 21];18(1):221-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>

22. Felix W, Gomes W, Silva L, Dalri R, Silveira S, Robazzi M. Integration of health care services and teaching: a proposal for the insertion of nursing students in tuberculosis control. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 21];6(4):915-23. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2117>

23. Margon SMCD. Acesso ao diagnóstico de tuberculose pulmonar no cotidiano dos trabalhadores de saúde da atenção básica [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

25. Sontag S. Doença como Metáfora - AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das letras; 2007

26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2181, de 21 de novembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

27. Biadglegne F et al. A retrospective study on the outcomes of tuberculosis treatment in Felege Hiwot Referral Hospital, Northwest Ethiopia. Int J Med Med Sci [Internet]. 2013 [cited 2013 Mar 21];5(2):85-91. Available from:

<http://www.academicjournals.org/IJMMs/PDF/pdf2013/Feb/Biadglegne%20et%20al.pdf>

28. Pôrto Â. Social representations of tuberculosis: stigma and prejudice. Rev Saúde Pública [Internet]. 2007 [cited 2013 Mar 22];41(suppl 1):43-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/en_6493.pdf

Submissão: 02/04/2013

Aceito: 14/06/2013

Publicado: 01/10/2013

Correspondência

Washington da Silva Santos

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Av. José Moreira Sobrinho, s/n – Jequiezinho

CEP: 45206-190 – Jequié (BA), Brasil